

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Diplomová práce

Práce s rodinou v procesu léčby závislosti
v terapeutické komunitě

Working with a family in the process of addiction treatment
within a therapeutic community

Vypracovala: Bc. Lenka Bucharová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Studijní obor: Speciální pedagogika

Místo a rok odevzdání: Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou prací s názvem „Práce s rodinou v procesu léčby závislosti v terapeutické komunitě“ vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně s použitím úplného výčtu citací informačních pramenů uvedených v seznamu, který je součástí této práce. Současně prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

Podpis:

Poděkování

Za neocenitelnou a nezištnou pomoc, cenné rady a připomínky při odborném vedení této práce děkuji doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D.

Za spolupráci děkuji terapeutickému týmu, klientům terapeutické komunity WHITE LIGHT I. a jejich rodinným příslušníkům.

Za podporu děkuji své rodině.

Abstrakt

Užívání návykových látek vede k řadě nepříznivých, především zdravotních a sociálních důsledků nejen pro samotné uživatele, ale také pro jejich blízké osoby. Pomoc při jejich řešení nabízí různé typy adiktologických služeb. Skutečnost, že i rodinní příslušníci strádají a potřebují odbornou pomoc, byla většinou léčebných programů dlouho opomíjena.

Cílem této práce je snaha zachytit a popsat proces léčby závislosti s ohledem na to, jak jej vnímají a prožívají signifikantní osoby klientů terapeutické komunity. Abychom situacím přiměřeně porozuměli, je potřeba zjišťovat, které elementy je tvoří.

Výzkum je založen na kvalitativním přístupu a výzkumný soubor tvoří blízké osoby klientů terapeutické komunity WHITE LIGHT I. Výsledky práce ukazují, že lze pomocí analýzy dat definovat období (fáze) procesu léčby závislosti z pohledu rodinných příslušníků klientů na základě společných prvků. Podařilo se pojmenovat období (fáze) dle časové posloupnosti a významných prožívaných charakteristik. Zapojování blízkých osob uživatelů drog do procesu léčby má významný přínos pro zlepšování kvality jejich života a vztahů.

Zjištěné poznatky přinášejí do praxe podněty pro terapeutické týmy. Mohou tak pomoci ke zkvalitnění péče nejen o drogově závislé, ale také o jejich signifikantní osoby.

Klíčová slova

Užívání návykových látek, léčba závislosti, terapeutická komunita, práce s rodinou

Abstract

Use of mind-altering substances may result in an array of adverse, especially health and social, consequences for drug users as well as for their close persons. Help to solve mentioned problems provide various types of drug services. The vast majority of drug services in past did not take into account the fact that relatives might suffer due to drug use of their family member too and thus they also might need specific professional help.

The aim of this work is to capture and describe the process of therapy with regard to the perception and experience of the close persons of clients of therapeutic community. In order to adequately understand the situations, we must first determine what elements constitute them.

The work is based on a qualitative approach and research group consists of close persons of clients of the therapeutic community WHITE LIGHT I. The results show that it is possible, based on the analysis of data, to define each stage of the therapeutic process from the perspective of family members and name them according to chronology and important characteristic. The inclusion of persons close to drug users into treatment process contributes significantly to improvement of their lives and relationships quality.

Findings bring into practise the ideas for therapeutic teams and help to improve the care not only for drug addicts, but also for their family members.

Keywords

Use of mind-altering substances, treatment of addiction, therapeutic community, working with family.

Obsah

Úvod	8
1. Speciální pedagogika a adiktologie	10
2. Závislost	11
2.1 Neurobiologie závislosti	12
2.2 Syndrom závislosti	12
2.3 Diagnóza závislosti	13
2.4 Možné příčiny vzniku závislosti	14
2.5 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	16
3. Možnosti léčby	17
4. Terapeutická komunita jako jeden z modelů léčby	19
4.1 Pojem terapeutická komunita	19
4.2 Proces léčby v terapeutické komunitě	22
4.3 Terapeutický tým.....	24
4.4 Cíle a prostředky léčby.....	24
5. Terapeutická komunita WHITE LIGHT I.	25
5.1 Historie zapojení signifikantních osob klientů terapeutické komunity do programu léčby	26
6. Rodina a práce s rodinou	27
6.1 Rodina.....	24
6.2 Psychologie rodiny.....	28
6.3 Časová osa – zpátky k příběhu.....	28
6.4 Transgenerační analýza rodiny	29
6.5 Rodinné faktory vzniku a udržování závislosti.....	30
6.6 Přístup k rodině.....	32
6.7 Rodinný systém	33
6.8 Modality práce s blízkými klienta.....	34
7. Vymezení pojmů vnímání a prožívání	36
7.1 Vnímání	36
7.1.1 Zákony organizace percepčního pole	36
7.2 Prožívání.....	38

8. Metodologie	40
8.1 Kvalitativní výzkum	40
8.2 Zakotvená teorie	40
9. Cíl výzkumu	41
10. Výzkumný soubor	41
11. Etická stránka výzkumu	44
12. Výzkumné techniky	45
12.1 Zdroje dat	45
12.2 Metody získávání dat	45
12.2.1 Interview.....	45
12.2.2 Dotazník.....	47
12.3 Postup a metody při zpracování dat.....	47
12.3.1 Postup zpracování dat	47
12.3.2 Metody zpracování dat.....	48
13. Výsledky výzkumu	51
13.1 Výsledky rozhovorů.....	50
13.2 Výsledky dotazníkového šetření.	56
14. Vytvoření teorie	57
14.1 Pojmenování jednotlivých fází procesu léčby závislosti očiima signifikantních osob klientů.....	56
15. Komparace vnímání a prožívání procesu léčby závislosti očiima klientů a očiima jejich signifikantních osob.	59
15.1 Vnímání a prožívání procesu léčby z perspektivy klientů.....	60
15.2 Vnímání a prožívání procesu léčby z perspektivy rodiny	60
15.3 Prolínání pohledů na proces léčby	60
16. Shrnutí.....	61
17. Diskuze	62
18. Závěr	64
20. Resumé.....	66
21. Seznam literatury a zdrojů.....	67
Příloha	74

Úvod

Téma diplomové práce jsem zvolila s ohledem na skutečnost, že jej vnímám kontinuálně jako aktuální a naléhavé. Na otázku „Proč lidé užívají drogy?“ se opakovaně pokouší odpovědět řada odborníků. Jednoznačnou a uspokojivou odpověď se však dosud nikomu nepodařilo najít zejména, proto, že důvodů může být tolik, kolik je uživatelů samotných. Ve společnosti přetrvávají mýty o uživatelích drog jako o obětech okolí, rodinné výchovy či vrstevníků. Žádná traumatická zkušenost však nezasahuje pouze jedince, ale dotýká se každého, kdo s ním sdílí život, a proto je nutné se zaměřovat nejen na poskytování služeb uživatelům návykových látek, ale také na jejich blízké osoby. Proces práce s rodinou je kvalitativně i kvantitativně odlišný a daleko složitější oproti individuálním strategiím. Rodinu je nutné chápat ze systémové perspektivy a pracovat s ní v celé složitosti jejího fungování. Užívání návykových látek má mnoho nepříznivých důsledků nejen pro samotné uživatele, ale také pro jejich rodinné příslušníky a blízké osoby. Cesta k uzdravení je složitá, je to dynamický proces zahrnující práci s celým rodinným systémem. Skutečností je, že i rodinní příslušníci závislých jedinců potřebují odbornou pomoc i podporu, a zároveň platí, že mohou být zpětně významným zdrojem úspěšné léčby závislého jedince.

Jaké jsou přínosy a bariéry práce s rodinou lidí nemocných závislostí? Proces léčby závislosti v terapeutické komunitě byl již mnohokrát popsán a definován v odborné literatuře naší i světové, a právě jedním z jeho účinných faktorů je práce s rodinou či blízkými osobami závislých jedinců. Tento proces lze vnímat pohledem teorie a praxe, očima zkušených profesionálů, ale i pohledem osob, kterým drogová závislost zasáhla do osobního života.

Tato práce se zabývá subjektivním pohledem signifikantních osob klientů terapeutické komunity na proces léčby závislosti. Předmětem zájmu je tedy obraz jejich vnímání a prožívání. Tento vhled může posloužit jako užitečné vodítko terapeutům, pedagogickým i sociálním pracovníkům, laické veřejnosti a konečně také těm, kteří jsou touto problematikou osobně zasaženi. Cesta pomoci a podpory je obtížná a vede přes úskalí neúspěchu. Trpké pravdy a bolest nelze zakrýt různě-

vým paravánem, je potřeba chápat je jako výzvy, jako otázky životních dilemat, hodnot, reflexe vztahů, smyslu života apod.

Cílem teoretické části práce je poskytnout potřebný rámec k porozumění kontextu, v němž byl realizován konkrétní výzkum. Obsahuje proto zejména kapitoly poskytující podstatné informace o závislosti jako takové, o terapeutické komunitě a procesu léčby v těchto podmínkách, o rodině a možnostech práce s ní a v závěru také vymezení pojmů vnímání a prožívání.

Obsahem praktické části je samotné výzkumné šetření realizované v podmínkách terapeutické komunity WHITE LIGHT I. v Mukařově v období od března 2014 do září 2015 během rodičovských víkendů. Tato část prezentuje výzkumný cíl, použitou metodologii, interpretaci výsledků, diskuzi a závěr.

1. Speciální pedagogika a adiktologie

Obsahové zaměření této práce se nepochybně dotýká jednak oboru speciální pedagogika, ale také nově a dynamicky se rozvíjejícího oboru adiktologie. Přes možná zdánlivou odlišnost mají speciální pedagogika a adiktologie mnoho společného. Významné podobnosti lze vypožorovat v posunu uplatňovaných paradigmat, za jehož podstatný stimul lze v České republice považovat především změnu režimu po revoluci v roce 1989 a s ní související změny ve společnosti (Radimecký, 2003). Mezi patrně nejvýznamnější podobnosti lze uvést zejména:

- **Rozšiřování cílové populace klientů**

V minulosti byla pozornost relativně úzce zaměřena především na děti a mladistvé jako na potenciální či aktuální klienty. To se změnilo, a v různé míře s využitím různých forem a metod práce, se oba obory zaměřují prakticky na všechny věkové skupiny populace.

- **Sdílení společného cíle**

Umožnit klientům aktivně se účastnit ekonomického, kulturního a rodinného života ve společnosti, hledání přiměřené (odborně akceptovatelné a neodsuzující) terminologie ve vztahu ke klientům a jejich chování, jež by odrážela postupující humanizaci společnosti a minimalizovala riziko stigmatizace.

Výrazný posun v uplatňovaných paradigmatech s sebou nese opouštění v minulosti převažujícího jednooborového ve prospěch multidisciplinárního přístupu, což klade zvýšené nároky na komplexnější profesní přípravu a mezioborové znalosti pracovníků v obou oborech a tento posun se promítá do rozšiřování spektra forem práce s klienty (Radimecký, 2008). V případě speciální pedagogiky se jedná o přechod od tradiční výchovy a vzdělávání k obsahově komplexnější terapii (Valenta, Müller, 2003). V případě adiktologie, kde měla donedávna převahu zdravotní péče, je nyní stále větší měrou doplňována o postupy psychoterapie, socioterapie, edukace do uceleného přístupu charakterizovaného spoluprací více vědních oborů při realizaci své činnosti (Miovský, 2007).

2. Závislost

Chování, které přináší okamžité uspokojení, má tendenci být opakováno. Při častém opakování se pak z dlouhodobého hlediska stává zvykem či návykem i navzdory tomu, má-li negativní následky. V posledních desetiletích je v psychiatrické literatuře trend rozšířit pojem závislost z látkových závislostí i na behaviorální (nelátkové) závislosti (Vacek, 2011).

Vznik závislosti na návykových látkách v zásadě ovlivňuje fakt, že jako živé bytosti se s tématem závislosti konfrontujeme již od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a ihned po narození na péči dospělé osoby. Stejně tak jsme závislí na mnoha dalších faktorech, které buď neumíme ovlivňovat, nebo se o to nějak pokoušíme (Kudrle, 2008).

Chceme-li najít hlubší kořeny vzniku závislosti, je třeba se zabývat podstatou životních dilemat. Žijeme život ve světě protikladů, což vyvolává napětí, které se stává zdrojem neklidu, tužeb a hledání. V onom hledání obvykle nacházíme potřebu něčemu se vyhnout či něco nalézt, potřebu cítit se výkonní, bezproblémoví, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie, radosti, potřeby transcendence v zážitku splnutí nebo sebepřekročení (Kudrle, 2008). Nahlížení podstaty závislosti procházelo vývojem od modelů morálních přes modely sociální a úzce medicínské až k dnešnímu modelu bio-psycho-sociálnímu (Dvořáček, 2008).

Budeme-li se zabývat závislostí na psychoaktivních látkách, je nutno uvést, že psychoaktivní látka je v tomto pojetí návyková psychotropní látka, která je u člověka schopna vyvolat syndrom závislosti, a to uplatněním svého návykového potenciálu. Základní terminologie rozlišuje úzus užití psychoaktivní látky jako prosté jednorázové i opakované, které nevede k signifikantnímu poškození jedince, škodlivé užívání (dysfunkční, rizikové, problémové), kdy již dochází k tělesnému, psychickému a/nebo interpersonálnímu poškození, a syndrom závislosti (Jeřábek, 2008).

Při vytváření programů primární prevence (podpora zrání jedince, aby prošel co nejbezpečněji cestou hledání své identity), sekundární prevence (aktivní léčba) a

terciální prevence (prevence škod, sociální služba) bychom vždy měli reflektovat úvodní premisu, totiž respektovat zákonitosti vývoje závislosti (Kudrle, 2003).

2.1 Neurobiologie závislosti

Návykové látky představují chemicky velmi pestrou skupinu látek s různorodými účinky na lidský organismus. Jednu vlastnost mají však společnou, jejich užití zvyšuje výdej dopaminu (Dvořáček, 2008). Dopamin hraje prokazatelně důležitou roli v odměňovacích mechanismech, a je tedy zřejmé, že zaujímá významné místo v mechanismech navození závislosti. Aplikace drogy způsobí vychýlení přirozené rovnováhy složitých systémů v CNS, a když je aplikována opakovaně (jedna z podmínek vzniku závislosti), rovnováha se vychyluje dlouhodobě (Fišerová, 2003). Důležitým principem integrity organismu je zachování rovnováhy (homeostáza), a proto se během chronického podávání drogy začnou rozvíjet v CNS pochody směřující k jejímu znovunastolení, tzv. adaptační mechanismy. *„Při opakovaném užívání drogy se tedy organismus přizpůsobuje opakovanému přísunu cizorodé látky v mozku a postupně se nastoluje nová, patologická homeostáza, pro jejíž udržení je nutno drogu stále dodávat.“* (Fišerová, 2003, s. 97) *„Opakovaná expozice drogám, tedy opakovaný zvýšený výdej dopaminu v nucleus accumbens, vyvolává sérii komplikovaných adaptací, na jejichž konci jsou změněné vlastnosti i funkce systému odměny s behaviorálními projevy známými jako závislost.“* (Dvořáček, 2008, s. 29)

2.2 Syndrom závislosti

„Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.“ (Kudrle, 2003, s. 107) K základním znakům závislosti patří nutkavá naléhavost pokračovat v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků (Nešpor, 2011).

Syndromem závislosti, dle současné definice MKN-10, tedy rozumíme skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních jevů, v nichž užívání nějaké látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou je touha, často silná a přemáhající, brát psychoaktivní látky (Psychiatrické centrum Praha, 1997).

Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti dle Nešpora a Csémyho (1996) je užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky, kdy si jedinec uvědomuje, že má puzení užívat drogy, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání.

2.3 Diagnóza závislosti

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení, nebo o množství,
- tělesný odvykací stav, kdy látka je užívána s úmyslem zmírnit příznaky vyvolané předchozím užíváním,
- průkaz tolerance k účinkům látky jako vyžadování vyššího množství, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
- postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání či užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
- pokračování v užívání přes jasné důkazy škodlivých následků, např. somatické poškození, depresivní stavy, poškození myšlení apod. (Nešpor, 2011).

Tradiční pojetí závislosti na užívání návykových látek jako chronické nemoci, jež má pouze dvě řešení, kterými je buď dlouhodobá substituční léčba a/nebo naprostá a doživotní abstinence, je v posledních letech stále více podrobováno odborné kritice. Dle Radimeckého (2008) s sebou přináší diskuzi o změnách v úvahách o závislosti ne jako o nemoci, ale jako o naučeném chování, jemuž se lze odnaučit. To, jak je závislostní chování chápáno a konstruováno, má značný vliv jak na životy jednotlivců (uživatelů drog a jejich blízkých), tak na fungování společenských institucí.

2.4 Možné příčiny vzniku závislosti

Závislostní užívání psychotropních látek má mnoho příčin a hledání jediné je nemožný a zbytečný úkol. Zda se závislost vytvoří, či nikoli, je dáno mnohaúrovňovou pokračující interakcí protektivních a rizikových činitelů (Nešpor, 2011).

Možné příčiny vzniku závislosti dle Presla (1995):

- **Osobnostní charakteristiky – dědičnost**

Zde existuje řada biologických faktorů, které mohou zvyšovat rizika. Jedná se např. o vzniklá prenatální poškození plodu, sklony k poruchám v emoční sféře, snížená odolnost vůči zátěži apod. Obecně by se dalo uvést, že sklony ke vzniku a rozvoji závislosti vykazují osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, často s pocity vlastní méněcennosti.

- **Vlivy prostředí**

Významné jsou rovněž vlivy prostředí, kam lze zařadit působení všeho, co nás obklopuje, rodiče a vrstevníci, společnost jako taková se svými hromadnými sdělovacími prostředky a vše, co nás jakkoliv formuje. Vytváření vlastního postoje se vyvíjí, jde o proces učení, který probíhá nejintenzivněji v rodině, neboť rodiče poskytují základní identifikační vzory.

Lze se domnívat, že jedinci užívající drogy k tomu mohou mít různé důvody. Jinak to bude v okamžiku, kdy s drogami začínají experimentovat a o jejich účincích zpravidla mnoho nevědí, a naopak řada jiných důvodů povede k opakovanému užívání v době, kdy už vědí (nebo se to alespoň domnívají), co drogy mohou způsobit. Takovými důvody mohou být nuda, stres, tlak vrstevníků apod.

Hajný (2001) např. uvádí jako nejčastější možné příčiny užívání drog, alespoň v počáteční fázi, jejich následující vlastnosti a účinky:

- užívání drog je zakázané (ilegální drogy) nebo je povoleno pouze dospělým (legální drogy – alkohol či tabák),
- drogy bývají asociovány s tajemnem a exotikou,

- dítě či dospívající může být k užívání tlačěn ostatními, např. skupinou uživatelů drog, ale i vlastní snahou být jimi přijat,
- některé z účinků drog mohou uspokojit aktuální potřeby člověka (zapomenout, uvolnit se, necítit, komunikovat, prosadit se apod.).

Ve společnosti, často i mezi představiteli odborné veřejnosti, se dosud udržuje obraz uživatelů drog jako obětí vnějších faktorů. Nicméně pro to, aby pracovníci odborných služeb byli schopni svým klientům – uživatelům drog – pomoci, je třeba připustit si jednu základní skutečnost, a sice že brát drogy je volba jednotlivce. Faktem je, že jde o volbu ovlivněnou, případně limitovanou, celou řadou vnitřních a vnějších podmínek, v nichž jedinec vyrůstal a žije, stejně jako jeho biologickými a psychologickými predispozicemi (Radimecký, 2008). Aby se člověk mohl naučit žít bez škodlivého užívání drog, musí se pro takový životní styl, respektive pro zásadní změnu svého dosavadního životního stylu, rozhodnout sám (Miller, Rollnick, 2003). Jinými slovy, musí to být jeho volba.

Na vznik a rozvoj závislosti lze nahlížet úhlem pohledu mnoha teorií. Problémy spojené s užíváním návykových látek jsou determinovány komplexním systémem vzájemně spolupůsobících rizikových faktorů na úrovni společnosti, sociální skupiny a rodiny, do níž jednatel patří. Podle tohoto modelu proto při léčbě závislosti hraje významnou roli práce zaměřená na sociální prostředí a vztahy (Radimecký, 2003).

K závislosti se člověk obvykle dostane přes experimentování. Zpočátku může užívání drogy kontrolovat, ale to obvykle nedělá natolik, aby přestal, zvláště tehdy, pokud existují důvody pro další užívání. (Hajný, 2001).

2.5 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

- **Biologická úroveň**

Za biologické příčiny a souvislosti postihující etiopatogenezi závislosti lze považovat např. některé problematické okolnosti v těhotenství (zda matka sama byla alkoholička či toxikomanka), okolnosti porodu (použití psychotropních látek v době porodního stresu), vlivy na neurobiologii jedince, a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období (přítomnost traumat, nemocí apod.) (Kudrle, 2003).

- **Psychologická úroveň**

Psychogenní faktory lze nalézt již v období nitroděložního vývoje a porodu. Nejedná se o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychologických zážitků (Kudrle, 2003). Významná je také úroveň postnatální péče. Vývoj probíhá ve vzájemných a složitých interakcích, ve kterých dítě dává najevo určité potřeby, které vyžadují adekvátní odezvu. V rodinách uživatelů drog se vyskytuje nevyváženost v reakcích, kdy rodiče ustavičně kolísají v nevypočitatelných výkyvech (Hajný, 2003). Nutné je zmínit také faktory nejrozumnějších psychologických poruch a chorob (např. deprese, úzkost) či psychotická onemocnění, a celou řadu faktorů vznikajících jako důsledek abusu a posilujících obvykle další abusus (Kudrle, 2003).

- **Sociální úroveň**

Zaměřuje se na kontext, ve kterém se vývoj jedince odehrává. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu okolností od rasové příslušnosti přes společenský status rodiny, prostředí, ve kterém jedinec žije až ke kvalitě rodinných vztahů či absenci rodiny úplně. Vedle rodiny hraje nezastupitelnou roli v procesu sociálního učení kolektiv vrstevníků. *„Pro nás dospělé je tato úroveň apelem kultivovat svůj vlastní obraz, který mladým jako poselství do jejich života předkládáme.“* (Kudrle, 2003, s. 93)

- **Spirituální úroveň**

Spiritualitu lze chápat jako způsob vnímání a zacházení s tím, co člověka přesahuje, k čemu se vztahuje jako k nejvyšší autoritě řádu a idejí. „*Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dodává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.*“ (Kudrle, 2003, s. 93) Někteří jedinci možná původně hledali naplnění této potřeby a namísto vnitřní svobody našli závislost.

V přímém důsledku užívání drog jsou závislí jedinci často vážně nemocní. Nebezpečné abstinenci příznaky, následky předávkování, kardiovaskulární potíže, onemocnění jater a další poruchy je třeba medicínsky ošetřit. Tento model onemocnění lze nazvat „modelem zdravotních následků“. Zřetelně komplikovanější je „model bio-psycho-socio-spirituálních následků“, který je multidimenzionální, a proto mnohem obsažnější. Tento model postuluje, že excesivní užívání návykových látek vede k hluboce negativním důsledkům (Rotgers a kol., 1999).

3. Možnosti léčby

Zkušenost se zneužíváním psychotropních látek může přinášet celou řadu komplexních zdravotních a sociálních problémů, které mnohdy vedou k žádosti o protidrogovou léčbu. Definice léčby jak ji uvádí Schulte et al. (2010, s. 19): „*Léčba zahrnuje všechny strukturované intervence v komunitě se specifickými medicínskými a/nebo psychosociálními technikami, které jsou zaměřeny na snižování míry užívání nelegálních drog nebo abstinenci od nich.*“ se týká všech drogově specifických intervencí nad rámec služeb s volným přístupem (např. výměna jehel).

Drogově specifickou léčbu lze strukturovat do různých forem:

- ambulantní psychosociální intervence - poradenství, motivační terapie, denní péče, následná péče apod.,
- ústavní psychosociální intervence - pobytová léčba, terapeutické komunity,
- substituční/udržovací léčba – farmakologické intervence s psychologickou péčí/podporou nebo bez ní,

- detoxikace včetně intervence k detoxikaci poskytované obvykle specializovanými medicínskými centry (Schulte et al., 2010).

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. Kalina (2003) definuje tři hlavní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog:

- snížení závislosti,
- snížení nemocnosti a úmrtnosti spojené s užíváním drog,
- podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace.

To koresponduje s obecným pojetím zdraví, které podle známé teze WHO znamená „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“.

Diferencovaná péče znamená různé léčebné postupy pro různé pacienty. Odlišný bude přístup k pacientovi v akutním stavu intoxikace nebo v krizi, a jiný u stabilizovaného pacienta schopného spolupráce. Faktory, které je třeba brát v úvahu při návrhu léčby:

- proměnné týkající se tělesného stavu,
- duševní stav,
- druh návykové látky a délka jejího škodlivého užívání,
- faktory týkající se rodiny,
- sociální vztahy,
- širší sociální systémy,
- faktory týkající se možnosti léčby v dané oblasti, kapacita léčebných zařízení, přijatelnost té či oné intervence apod.

Uvedené faktory je nutno brát v úvahu pro návrh léčebné intervence, jejíž formy mohou být následující:

- minimální léčebná intervence, např. jednorázová konzultace s pacientem a jeho rodinou,

- krátkodobá ambulantní léčba – individuální nebo rodinná terapie,
- střednědobá nebo dlouhodobá ambulantní terapie včetně např. systematické účasti ve svépomocných skupinách,
- krátkodobá ústavní léčba a navazující ambulantní léčení,
- střednědobá ústavní léčba,
- dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě,
- mírnění škod – harm reduction – u závislých, u nichž není možná léčba zaměřená k abstinenci,
- trvalý pobyt v chráněném prostředí u těžce postižených bez sociálního zázemí (Nešpor, Csémy, 1996).

4. Terapeutická komunita jako jeden z modelů léčby závislosti

4.1 Pojem terapeutická komunita

Od svého vzniku prošly terapeutické komunity pro léčbu závislostí v USA i v Evropě značnými změnami. Odlišné společenské a kulturní tradice, rozličná regionální specifika nebo způsoby financování se promítaly do jejich vývoje.

Šefránek (2014) rozlišuje dva hlavní relativně nezávislé proudy v historickém vývoji terapeutických komunit, demokratické a hierarchické komunity.

Kalina (2008) uvádí, že *demokratické terapeutické komunity* se vyvinuly z několika originálních organizačních a koncepčních experimentů na nemocničních psychiatrických odděleních ve Velké Británii za 2. světové války, a byla to léčebná zařízení pro psychicky narušené vojáky. S demokratickými terapeutickými komunitami je spojováno jméno Maxwell Jones, který v roce 1948 formuloval pět zásad terapeutické komunity:

- oboustranná komunikace na všech úrovních,
- proces rozhodování na všech úrovních,
- společné vedení,
- konsenzus v přijímání rozhodnutí,

- sociální učení v interakci tady a teď.

Za kolébkou *hierarchických terapeutických komunit* je všeobecně považován Synanon založený Charlesem Dederichem v roce 1958, který se společníky z Anonymních alkoholiků začal ve svém bytě pořádat pravidelná skupinová setkávání. Během jednoho roku se z týdenních mítinků vyvinula rezidenční komunita s cílem poskytnout léčbu lidem, kteří se potýkají se zneužíváním jakýchkoli návykových látek (Šefránek, 2014). V roce 1963 byla otevřena terapeutická komunita Daytop Village, u jejíhož zrodu stáli experti z oborů psychiatrie, probačního oddělení, psychologie a kriminologie, s cílem nalézt řešení pro vzrůstající problém užívání drog. Základní prvky konceptu této hierarchické komunity:

- komunita jako náhradní rodina,
- konfrontace a frustrace jsou neoddělitelnou součástí sociální rehabilitace,
- důraz na normy a pravidla,
- systém odměňování je základem změn,
- svépomoc je významnější než profesionální pomoc,
- charizmatický vůdce má velký terapeutický potenciál,
- oddanost společenství (Šefránek, 2014).

V Evropě se první terapeutické komunity pro uživatele drog objevily zhruba v 70. letech 20. století a na rozdíl od amerických byly zřizovány a vedeny převážně medicínsky vzdělanými odborníky. Různorodé vlivy však způsobily posun směrem k širší základně personálního zastoupení (Radimecký, 2008).

Terapeutické komunity u nás vznikaly zpočátku výhradně v oblasti zdravotnictví. V roce 1948 bylo při psychiatrické klinice dnešní 1. Lékařské fakulty UK v Praze ve Všeobecné fakultní nemocnici založeno první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu, známé jako Apolinář. Model léčby závislostí, známý jako Apolinářský nebo Skálův model, se vyznačoval zejména přísným režimem, pacienti byli záměrně vystavováni zvýšené zátěži fyzické i psychické a vedeni k odpovědnosti za utváření vlastního osudu (Kalina, 2008). V roce 1991 Martina Těmínová a její spolupracovníci z o. s. SANANIM založili terapeutickou komunitu Němčice, která jako první nabídla dlouhodobou rezidenční léčbu

uživatelům návykových látek. Komunitu vytvořili mladí speciální pedagogové z výchovných zařízení pro mládež na nezdravotnické půdě, jako zařízení sociálně rehabilitačního a výchovného typu s psychoterapeutickou složkou, inspirováni zařízeními Daytop Village, Phoenix House, MONAR apod. (Šefránek, 2014).

České pojetí terapeutické komunity dle Kratochvíla (1997) je způsob organizace léčebné instituce nebo oddělení, kdy se cíleně podporuje spoluúčast pacientů/klientů na plánovaných společných aktivitách a na léčbě. V programu je kladen důraz na oboustrannou komunikaci, pacienti/klienti se stávají spoluterapeuty, podílejí se na řízení a přenáší se na ně část odpovědnosti. Systém má svůj pevný plán a nabízí šablonu, řád a rituál, a v tom je jeho síla i problematičnost.

Oborový pohled Richterové Těmínové, Kaliny, Adamečka (2008) poukazuje na jedinečné prvky typické pro každou komunitu, kterými jsou všemi dodržovaná stejná pravidla, ne však rovná práva a povinnosti pro všechny. Většinu rozhodovacích pravomocí má komunita, stejný počet hlasů mají klienti i členové týmu a podíl klientů na fungování komunity je značný, pokud to umožňují základní principy a smysl zachování léčby. Nezbytným prvkem je odpovědnost nejen celého týmu, ale i klientů. V okamžiku, kdy je tento pocit reálně uplatňován, stává se komunita komunitou.

Kalina (2008) popisuje terapeutickou komunitu jako zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a sdílejí společný program, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali své životní příběhy. Terapeutická je proto, že mimo uvedené projekce umožňuje také zpětnou vazbu, získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na nich. Umožňuje korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších způsobů chování.

V ČR mají terapeutické komunity již dlouhodobě nezastupitelné místo v síti adiktologických služeb. Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV uvádí 14 programů registrovaných jako terapeutická komunita (Mravčík et al., 2012). Poskytují střednědobou rezidenční léčbu v trvání zpravidla 5 – 12 měsíců, jsou provázá-

ny s dalšími odbornými zařízeními v systému služeb o uživatele návykových látek, jsou většinou zřizovány nestátními neziskovými organizacemi (Šefránek, 2014).

Na základě vlastních zkušeností vnímám terapeutickou komunitu jako společenství mající jasnou strukturu, řád a pravidla. Platí zde časová struktura dne a týdne, jasně vymezené povinnosti klienta a požadavky na jeho chování v programu, způsoby hodnocení, sankce za režimové přestupky a výhody za dodržování řádů. Léčbu vidím jako dlouhý a náročný proces přetváření člověka, práce na sobě samém, kdy jen čekání na změnu zvenčí nestačí.

„Být místem změny je smysl terapeutické komunity.“ (Kalina, 2008, s. 85)

4.2 Proces léčby v terapeutické komunitě

Východiskem k prevenci a pomoci je bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti (Kudrle, 2008). K tomu, aby závislý člověk podstoupil proces léčby, musí opravdu chtít přijmout důležité životní změny. Na základě výzkumů říkají Prochaska, Norcross (1999), že procesy korekce jsou skryté i zjevné činnosti, které klienty přivedou ke změně prožívání, myšlení, chování či vztahů spojených s určitým problémem. Zdá se být zřejmé, že motivace člověka ke změně může být ovlivněna mnoha různými faktory. Někdy se může jevit spíše jako stav připravenosti ke změně či touha po ní, ovšem může se proměňovat v čase a v situacích (Miller, Rollnick, 2003). Model cyklu změny na základě dlouhodobého výzkumu navrhli Prochaska a DiClemente (1982) a snažili se popsat tento proces v jednotlivých fázích a tím jej učinit srozumitelnějším.

Prekontemplate – fáze před uvažováním o změně, kdy jedinec ještě nevnímá nutnost změny svého chování. Typickým znakem je, že člověk své případné problémy nespojuje se svou závislostí, ale vidí jejich příčinu jinde.

Kontemplate – fáze uvažování, kdy se objeví jisté uvědomění problému, člověk se ocitá ve stadiu ambivalence, uvažuje o změně, ale zároveň ji odmítá. Miller, Rollnick (2003) považují fázi rozhodování za jakési okno do krajiny možností, které se otevírá po určitou dobu a pokud v této době člověk postoupí směrem k činům, proces změny pokračuje.

Rozhodnutí – problémy a negativa převládají, člověk si uvědomuje jejich spojitost se současnou situací a rozhoduje se přistoupit ke změně chování. Dle Kaliny (2008) zde v optimálním případě končí předléčebná péče a jedinec vstupuje do léčby, čímž ovšem potřeba motivace nekončí.

Akce – nastává tehdy, kdy je člověk rozhodnutý a spočívá v realizaci změn. Právě lidé v této fázi jsou tradičně považováni za motivované, neboť přicházejí do léčby s rozhodnutím, že potřebují a chtějí změnit své chování (Rotgers a kol., 1999).

Udržování - člověk udržuje dosažené změny, což vyžaduje užití jiných dovedností a metod, než bylo třeba na počátku, pro fázi dosažení změny (Miller, Rollnick, 2003), a nebývá bez těžkostí, neboť jedinec se musí vrátit do prostředí, které většinou nepřestal vnímat jako ohrožující (Kalina, 2008).

Relaps – člověk selhává a může se dostat zpět k původnímu chování, do fáze prekontemplace, v oblasti závislosti tedy zpět k užívání. Uklouznutí a relapsy jsou normální a úkolem je spíše pokračovat na kole změny, než ustrnout v této fázi (Miller, Rollnick, 2003). K relapsu může dojít v každé etapě tohoto modelu a dle Kaliny (2008) je nejdůležitější zvládnout psychologickou reakci na selhání a užívání rychle zastavit.

Význam tohoto modelu spočívá v tom, že v různých stádiích změny je třeba uplatňovat různé terapeutické strategie a terapeut musí umět efektivně pracovat s klienty celého spektra stadií a přizpůsobit svůj styl podle toho, kde se klient právě nachází.

De Leon a Melnick (1993) zdůrazňují, že se léčba závislostí v komunitě netýká jen abstinence od drogy, ale také člověka, jeho vztahu k sobě a k druhým. Důležitým úkolem je naučit se vytvářet a udržovat zdravé vztahy. Proces léčby lze rozdělit dle Rotgerse et al. (1999) do fáze *přijetí* – náhled jedince na to, že ztratil kontrolu a uvědomuje si svoji neschopnost řídit svůj život v důsledku užívání drog, za přijetím následuje *podrobení se* – závazek klienta provést změny životního stylu, které budou nutné k dosažení vyléčení.

Změna závislého chování je hlavním cílem práce terapeutických komunit. Jde o komplexní dynamický proces, obtížný pro klienty i terapeuty. Řada výzkumů naznačuje, že absolvování programu léčby v terapeutické komunitě má svůj nesporný význam a vliv na dosažení změn v chování uživatelů návykových látek. Radimecký (2008) uvádí jako nezbytný předpoklad pro udržení změněných vzorců chování, aby klient porozuměl svému „já“, vztahům, v jejichž kontextu žije a funguje a individuální potřebě užívat drogy.

4.3 Terapeutický tým

Vztah týmu a klientů je důležitým prvkem léčebného procesu v terapeutické komunitě a platí, že zejména při dlouhodobé rezidenční péči je mnohem autentičtější než např. v ambulantní terapii. *„Terapeutické komunity přistupují ve své péči o klienta komplexně a od počátku více pracují se vztahem terapeut – klient.“* (Doležalová, 2006, s. 22) Existuje však velmi jasná hranice, kterou ani jedna strana nesmí překročit. Pracovníci mají různé vzdělání (např. psychoterapeutické, adiktologické, speciálně-pedagogické apod.), specializované výcviky (skupinová a individuální psychoterapie, arteterapie apod.) a různé praktické dovednosti a zkušenosti. Důležitým předpokladem pro všechny členy týmu jsou osobnostní vlohy a snaha vytvářet vyzrálý a pozitivní vzor dospělosti (Kalina a kol., 2008).

Sebezkušenost dle Yaloma a Leszce (2007) je významný faktor úspěšnosti intervencí ze strany terapeuta, který má možnost zažít to, co se doposud učil. Různorodost osobností je pro terapeutickou komunitu obohacující a významná pro klienty, kteří se tak mohou konfrontovat s různými názory.

4.4 Cíle a prostředky léčby

Cílem léčby v terapeutické komunitě není pouze abstinence a odstranění negativního symptomatického chování, nezbytné je také rozšířit pozitivní životní styl, naučit klienta zvládat stres a frustraci konstruktivním způsobem, změnit jeho negativní sebepojetí, naučit ho vytvářet uspokojivé mezilidské vztahy a mít radost ze života. Léčba se zaměřuje na sociální, intelektový a tvůrčí rozvoj. V tomto procesu je podstatné, aby klient poznal limity svých schopností a porozuměl tomu, že není

všemocný obr svých snů ani trpaslík svého strachu, a že požádat o pomoc neznamená být bezmocný (Kooyman, 2004).

K dosažení cílů léčby vede cesta přes samotný život v komunitě, který se snaží maximálně přiblížit reálnému životu a samozřejmě přes další složky organizovaného programu, kterými jsou řád, zahrnující časovou strukturu dne a týdne, soubor přesných pravidel, práv a povinností, setkávání komunity, individuální i skupinová terapie, pracovní terapie, práce s rodinou a vzdělávání, dále volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity a sociální práce. Analýza jednotlivých složek programu není pro tuto práci nutná a z hlediska svého obsahu by přesahovala její rámec. Co se však vztahuje k tématu, je práce s rodinou a rodinná terapie.

5. Terapeutická komunita WHITE LIGHT I.

Terapeutickou komunitu s původním názvem WHITE LIGHT založil Josef Radimecký v roce 1993 ve Verneřicích. Ze strany českých úřadů však nebyl o její služby zájem. Po zkušenostech ze Švýcarska (Terapeutická komunita Jugendheim Platenenhof Oberuzwil v kantonu St. Gallen) navázal Radimecký spolupráci s tamními úřady a prvními klienty komunity byli mladiství (15 – 21 let), drogově závislí Švýchaři docházející k nucené léčbě s výměrem od soudu. Jejich pobyt byl hrazen přímými platbami za smluvní ceny. Model léčby byl výchovný a vzdělávací a psychoterapie probíhala pouze okrajově. V roce 1996 Švýcarsko změnilo model protidrogové politiky a omezilo se pouze na dobrovolný nástup k léčbě v komunitě, čímž zanikla potřeba využívat zařízení mimo Švýcarsko a došlo k ukončení spolupráce se švýcarskými úřady. Mezitím se ale zvýšila poptávka po možnostech léčby drogově závislých v České republice. Tehdy začal Josef Radimecký sestavovat nový tým a přejmenoval terapeutickou komunitu na WHITE LIGHT I. První český klient nastoupil do zařízení 4. listopadu 1994. Terapeutická komunita WHITE LIGHT I. se jako první v České republice zaměřila na mladistvé klienty ve věku od 15 let, pro něž v tu dobu podobný program neexistoval. V roce 1998 se celá komunita přestěhovala do vlastního objektu v Mukařově. Po dvou letech týmové prá-

ce a získávání zkušeností byl vytvořen nový operační manuál pro práci s klienty, jehož koncept se od té doby pravidelně vyhodnocuje, reviduje a přizpůsobuje aktuálním potřebám (WHITE LIGHT I., Operační Manuál, 2014).

5.1 Historie zapojení signifikantních osob klientů terapeutické komunity WHITE LIGHT I. do programu léčby

První pokusy o zapojení rodinných příslušníků klientů do vzájemné spolupráce se uskutečňovaly od počátku roku 1998. Jednalo se o tzv. rodičovské skupiny, které probíhaly každou čtvrtou sobotu. Podstatnou součástí bylo poskytovat rodině bezpečné prostředí a prostor pro sdílení zážitků a zkušeností s cílem vymanit je z pocitu, že jejich situace je nejhorší a neřešitelná. Dalším krokem byla nabídka dvoudenních pobytů v terapeutické komunitě. Tato forma byla nabízena rodinným příslušníkům klientů ve druhé fázi programu, což v důsledku znamenalo, že nebyla využívána blízkými osobami všech klientů. V červnu 1999 proběhlo pilotní ověření nové formy práce s rodinnými příslušníky, a tím byl rodičovský víkend. Od pátku odpoledne do nedělního odpoledne, mimo půdu terapeutické komunity (nedaleké rekreační středisko), proběhlo strukturované setkání klientů, jejich blízkých a terapeutického týmu. Na základě pozitivního ohlasu se stala tato forma neodmyslitelnou a velice účinnou součástí programu léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Rodičovské víkendy se uskutečňují pravidelně jedenkrát za tři měsíce za účasti pokud možno všech rodičů a dalších blízkých osob klientů (sourozenci, partneři apod.) a většího počtu členů týmu. Rodičovský víkend zahrnuje formy intenzivní skupinové práce (oddělené skupiny blízkých a klientů, smíšené skupiny), a také individuální práce s rodinami. Součástí setkání jsou i společné zážitkové a sportovní aktivity, jejichž cílem je uvolnit atmosféru, posílit důvěru a spolupráci (Radimecký, 2008).

6. Rodina a práce s rodinou

6.1 Rodina

„Vytvořili jsme si představu, že všechno, zdraví a nemoc, život a smrt – vše je v našich rukou, to všechno je možné pomocí vědy anebo peněz vytvořit či mít. Ta představa je možná projekcí našich přání a obranou před strachem.“ (Koucká, Prekopová, Šturma, 2012, s. 173) Naše bytí je křehké, vystavené tolika nebezpečím a často se musí velmi setmít, aby mohlo přijít světlo.

Rodina je z hlediska vývoje osobnosti nejvýznamnější sociální skupina a dítě zde prostřednictvím dospělých získává první informace o okolním světě (Vágnerová, 2008). Rodina je zdrojem jistoty a bezpečí a prezentuje určitý hodnotový systém. Jednotliví členové rodiny a vztahy mezi nimi slouží jako model, se kterým se dítě identifikuje a napodobuje ho. Mezi životem v rodině a tím, jací lidé z dětí vyrůstou, je úzká spojitost. Existují rodiny, pro jejichž členy je vlastní domov jedním z nejceněnějších míst, ale mnoho lidí žije celá léta v rodinách, které jsou jim přítěží, nudou nebo dokonce hrozbou.

Celková atmosféra rodiny silně formuje vyvíjející se osobnost dítěte (Langmeier, Matějček, 2011). Od narození musí být dítě krmeno a zahříváno, potřebuje vztahovou kontinuitu, učí se předvídat a ovlivňovat reakce svého okolí, strukturovat svět, rozlišovat, klasifikovat, hodnotit i předpokládat, a potřebuje si vybudovat sebedůvěru (Satir, 2007).

Neméně významným aspektem rodinného fungování je komunikace a její dvě hlavní linie mající bazální význam pro budoucnost dítěte a jeho vývoj:

- komunikace rodičů mezi sebou – předurčuje obraz o fungování partnerských vztahů,
- komunikace rodičů s dítětem – podstatná zejména pro budování identity (Králíčková, 2003).

Výchova v rodině je nesnadná práce na světě. Ve zdravé rodině si rodiče uvědomují, že problémy nastávají s tím, že je přináší život, a pro každý nově vzniklý

budou hledat nápaditá řešení. Jsou si vědomi, že děti přecházejí od jednoho stadia vývoje k druhému, že změna je nevyhnutelná a snaží se ji využít tvořivě. Narušené rodiny naopak vynakládají energii na beznadějnou snahu zabránit problémům, a když se objeví, nemají žádné zdroje k řešení krize (Satirová, 2006).

Rozhodujícím faktorem pro to, co se děje uvnitř lidí a mezi nimi, je vlastní sebehodnocení. Vědomi si své ceny, jsme ochotni a schopni vidět a respektovat hodnotu jiných lidí. Kladné sebehodnocení je pro duševní zdraví velmi významné.

Se svým sebepojetím se nerodíme, původně vzniká a vyvíjí se na základě pohledu druhých lidí na nás. To, jak na nás reagují, co nám dávají najevo, tvoří v období dětství stavební kameny našeho vlastního sebepojetí. Mezilidské vztahy nejsou jenom něčím, co probíhá mezi námi a někým druhým, interakce a komunikace do nás vrůstají, určitou svojí složkou se přetvářejí v náš vztah k sobě samým, v základ našeho sebepojetí (Helus, 2009).

Psychoterapeuticky zaměření badatelé poukazovali na to, že kořen mnoha psychických obtíží je právě v nejistotě o hodnotě vlastního „já“. Člověk, který si sám sebe realisticky neváží, má problémy i ve styku s druhými lidmi (Langmeier, Krejčířová, 1998). Je přirozené, že pocity méněcennosti zažívá občas každý a není to žádná nemoc, jde o podnět podporující zdravý vývoj, ovšem dle Adlera (1999) se stávají patologickými, když člověka přemůžou, a místo aby jej stimulovaly k užitečné činnosti, vedou ho do deprese a k neschopnosti rozvíjet se.

6.2 Psychologie rodiny

Rodina je primárním kontextem lidské zkušenosti. Přesto se psychologie dlouho zajímala o lidského jedince bez většího zájmu o prostředí, a jak uvádí Sobotková (2007, s. 11): „*Až do sedmdesátých let 20. století byla rodina nazírána vývoje- vými psychology pouze periferně.*“ Teprve poté následoval pohled s důrazem na rodinu jako na kontext vývoje. Od korelací rysů matky a rysů dítěte a laboratorních zkoumání rodinné interakce se zájem přesouval na pozorování interakcí v přirozeném rodinném prostředí. Tradiční implicitní představy o rodině, které měla většina teoretiků, podlely časem radikálním změnám. Psychologie rodiny čerpá z mnoha zdrojů a jako akademická specializace v rámci psychologie se zabývá

studiem vztahů mezi jedincem a rodinou. Hovoří nejen o interakci mezi jedincem a rodinou, ale bere v úvahu i širší kontext – klade důraz na sociální ekologii rodiny (Sobotková, 2007). V systémovém pojetí se tak místo pacienta vystaveného tlakům rodinného prostředí, nebo naopak rodiny vystavené individuálně podmíněné patologii některého svého člena, dostává do ohniska zájmu rodina jako celek v komplexní složitosti svého fungování.

6.3 Časová osa – zpátky k příběhu

Od běžné anamnézy se rozšiřuje zájem o psychosociální kontext a zaměřuje se na časové údaje o toku životních událostí, a je to klient, který určuje výběr sdělení, on rozhoduje, co v jeho životě má a mělo jakou váhu. Každá událost má vztah k zjevným i skrytým dějům v jeho mysli a v životě jeho blízkých (Chvála, Trapková, 2004). *„Neexistuje událost sama o sobě a neexistuje nemoc sama o sobě. I takové situace, o kterých můžeme tvrdit, že k nim došlo náhodou, budou svou stopou ovlivňovat více či méně všechno, co se teprve stane.“* (Trapková, Chvála, 2004, s. 48).

V každém živém systému se poměr jednotlivých složek neustále proměňuje, tedy i v dobře vyladěném celku rodiny musí nutně docházet k přechodné nerovnováze působením všech možných druhů zátěže vznikajících při plnění vývojových úkolů každého člena rodiny. *„Zdravotní stav je pak odrazem stálého boje či vyvažování mezi snahou organismu uchovat si přirozenou rovnováhu a destrukčními procesy, které tuto rovnováhu narušují.“* (Chvála, Trapková, 2008, s. 48)

Vyšší systémové uspořádání kolem nemocného se chová jako celek, kde jednomu co se stane, všem se stane. Jde o systém, který reaguje jako organismus. Nejde jen o součet vlastností jednotlivých členů, ale o systémové vlastnosti všechny přesahující, často rozhodující o symptomu více než jednotlivý organismus některého z členů rodiny. Rodina ale není konečným organismem (zvláště ta současná, nukleární), který je ve hře; další, ještě méně viditelnou částí, je rod. Jde tedy o organismus vyvíjející se v čase (Chvála, Trapková, 2008).

6.4 Transgenerační psychologie rodiny

„Abychom skutečně pochopili příběh člověka, musíme ho definovat v rámci všech jeho potřeb, práv, závazků a zodpovědností v jeho rodinném vztahovém poli několika generací.“ (Tóthová, 2011, s. 13) V rámci současné psychologie se rodí snaha porozumět rodinným traumatům v rámci sociálního kontextu rodiny. K uzdravení traumatických rodinných vzorců, stejně jako k prevenci, je třeba celostní orientace na kvalitu transgeneračního potenciálu zdrojů nejen rodinných zranitelností, ale i rodinných sil. Tento přístup předkládá novou perspektivu nahlížení každé rodiny. Transgenerační psychologie dává kvalitu aktuálního fungování rodiny do kontextu evolučních vzorců minulých generací (Tóthová, 2011). *„Někteří lidé se dostávají opakovaně, a pro okolí nepochopitelně, pořád do stejných situací, které si vůbec nepřejí, jako by byli vedeni skrytým scénářem.“* (Trapková, Chvála, 2004, s. 171)

Smyslem je služba rodině právě v okamžiku, kdy potřebuje získat přístup k léčivým silám, o nichž nemá tušení; najít pořádek uprostřed roztříštěných zkušeností, které nevidí; získat odvahu nepřestávat se snažit s vědomím, že každá rodina má dostatek obnovitelných zdrojů, což lze vnímat jako výzvu k celostnějšímu terapeutickému přístupu k traumatizovaným rodinám. Vždyť život má velikou sílu a dere se ke světlu i v nepříznivých podmínkách (Loucká, Trapková, Chvála, 2014). V době, kdy vrcholí kult individuality, zůstala rodina, ze které ovšem každý jedinec vzešel, nenápadně v pozadí, že jen málokoho napadne hledat v ní zdroje nemoci i uzdravení.

6.5 Rodinné faktory vzniku a udržování závislosti

Teorie zabývající se systémem rodinných vztahů chápou závislost jako jev, který není izolovaný, nýbrž existuje v systému vztahů dotyčného jedince. Vycházejí totiž ze základního předpokladu, že závislost může být důsledkem patologické rovnováhy ve vztazích nebo v rodinném systému. Různí autoři přitom indikují celou škálu rodinných faktorů, jež mohou souviset s užíváním návykových látek. Radimecký (2008) např. uvádí:

- užívání omamných a psychotropních látek dalšími členy rodiny,

- vágní hranice mezi generacemi,
- nedostatek oceňování dětí v rodině či hostilita,
- nedůsledná a slabá disciplína v rodině, apod.

Hajný (2008) nabízí:

- nedostatečnou či přehnanou péči rodičů,
- špatnou komunikaci,
- nedostatečnou pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte,

a podobně Hajný (2001):

- nároky na předčasnou zralost dětí,
- nadměrná volnost a liberální výchovný přístup,
- nadměrná náročnost a kontrola,
- manipulativní komunikace a vztahy,
- řešení negativních emocí náhradním způsobem,
- dítě jako nástroj neuspokojených ambic rodičů.

Rodina tak může nejenom zavadat příčiny k problémovému užívání drog, umožňovat problémové a/nebo závislostní užívání hyperprotektivními postoji a chováním, ale i vytvářet potřebu užívání návykových látek některým svým členem pro zachování rovnováhy v rodinném systému. Drogová závislost tak může plnit dvě protichůdné funkce. Může se jednat o problém jako takový, kdy užívání návykových látek v rodině působí problémy a/nebo může být užívání drog naopak symptomem problémů ve fungování rodiny, respektive jejích omezených dovedností či neuspokojených potřeb členů rodiny (Radimecký, 2007). V posledním zmíněném případě může užívání drog sloužit jako ochrana před řešením jiných nefunkčních vzorců, nebo prostředek pro oddalování nevíтанých změn, např. „vy-létání dětí z hnízda“ (Kalina, 2003).

Problémové užívání drog zasahuje rodiny jako přílivová vlna, v jejímž důsledku se pak všichni postižení zmítají v moři hněvu, strachu, osamocení a zklamání. Újmy, které drogový problém přináší, zůstávají dlouho skryté, nikoli proto, že by nebyly patrné, ale spíše se před nimi zavírají oči. Rodinní příslušníci jsou lapeni

v odvíjející se tragédii, jejíž peripetie a zvraty zcela pohlcují pozornost rodiny, která s napětím čeká, jak všechno dopadne (Barnardová, 2011).

„Často trvá mnoho let, než si rodina uvědomí, že drogový problém jejího člena již zaujímá hlavní scénu.“ (Barnardová, 2011, s. 14) Z toho vyplývá, že rodinní příslušníci tak mohou být pod silným a dlouhodobým stresem, který se může projevit vysokou mírou somatické i psychické morbidity. Tyto rodiny se obvykle vypořádávají s tajemstvím drogového problému svého dítěte samy, často po několik let, což zvyšuje zátěž a nesnáze, kterým taková rodina musí čelit. K přetrvávajícím obtížím přispívají rovněž další možné formy problematičtějšího chování, kterými jsou např. krádeže, násilí, apod.

Zmenšování sociální izolovanosti prostřednictvím prvních kroků směrem k nápravě by mohlo mít při uzdravování z drog zásadní význam (Barnardová, 2011).

Z pohledu literatury pojednávající o dopadu drogového problému na rodiny je zřejmé, že zasahuje všechny aspekty rodinného fungování a dynamiky, kdy se jednotliví členové ocitají ve vzájemné opozici, rozvíjí se antipatie, odloučení, rodina je uvržena do zmatku, hněvu a smutku, z čehož je velmi obtížné se vymanit.

6.6 Přístup k rodině

Po 2. světové válce vzniklo v psychoterapii hnutí aplikující poznatky ve vztahové oblasti, ukázal se léčebný význam malé sociální skupiny, což vedlo k rozvoji skupinové psychoterapie. Brzy nato se pozornost zaměřila na rodinu, která je prvořadá a nejvýraznější pro náš každodenní život. Nový psychoterapeutický přístup pohlížel na rodinu jako na jednotku, které je zapotřebí k pochopení jedince a k léčbě individuálních dysfunkcí (Kalina, 2003).

Na počátku rozvoje terapeutických komunit pro léčbu závislostí byl přístup k rodině ovlivněn tím, že klienti často postrádali rodinné zázemí. Původní rodině se přičítal negativní vliv, byla vnímána jako záporný, traumatizující a patogenní činitel, a komunita byla pokládána za „novou“ rodinu závislého, ve smyslu emoční a sociální podpory, výchovy a životní orientace (Kalina, 2008).

Přibližně v sedmdesátých letech se ukázalo, že zapojení rodin do léčby může napomoci předejít tomu, aby rodiny sabotovaly úsilí komunity a rodinní příslušníci přestali být považováni za nepřátele, ale za mocný zdroj podpory a pomoci (Kooymann, 2004). Zásadní změna přístupu, ke které došlo, spočívala v tom, že byl „rušivý“ faktor zahrnut do rozšířeného terapeutického pole. Změnu usnadnil mimo jiné i vývoj rodinné terapie, od přístupu „*rodina je vinna za minulost i současnost*“ k přístupu „*rodina je spoluodpovědná za budoucnost*“. Tím se staly práce s rodinou závislého i jeho léčba v terapeutické komunitě daleko více kompatibilní, než tomu bylo v minulosti.

6.7 Rodinný systém

Teorie rodinného systému přispěla k výkladu fungování rodiny mnoha koncepty. Dle Rotgerse (1999) rodinu určuje zákon homeostázy. Všechny systémy fungují tak, aby se udržela rovnováha, stabilita a klid. Faktory signalizující změnu tuto homeostázu ohrožují a předpokládá se, že rodinný systém se pokusí změně vyhnout. Satir (2007) předkládá mnohými studiemi opakovaně prokázané zjištění, že rodina se chová jako jednotka, jejíž členové otevřeně i skrytě udržují rovnováhu, a pokud je ohrožena, vyvíjejí značné úsilí pro její udržení. Je tedy pravděpodobné, že pokud rodina se závislým jedincem nějakým způsobem funguje, abstinence by mohla toto uspořádání narušit. Hrozí tudíž riziko tzv. kodependence, neboli spoluzávislosti, což je patologický vztah blízkého člověka k osobě závislé, který svým chováním (např. odstraňování negativních následků, pomoc při utajování závislosti před okolím apod.) udržuje závislostní vzorec. Millerová (2011) např. předpokládá, že rodina umožňuje aktivní závislost prostřednictvím hyperprotektivních postojů a Rotgers (1999) vidí příčiny spoluzávislosti např. ve snaze vyhnout se negativním reakcím.

Změní-li jeden člen systému své chování, dojde k nátlaku setrvačným chováním ostatních, aby se vrátil k původnímu vzorci, který do systému zapadal. Z toho vyplývá, že o změnu člena systému je nutné usilovat v rámci celku (Kopřiva, 2013).

6.8 Modality práce s blízkými klienta

Odborná literatura nabízí celou škálu možných způsobů, jak pracovat s uživateli návykových látek a jejich signifikantními osobami. Při rozhodování, který z nich použít, je důležitý stanovený cíl:

- pro zprostředkování pocitu sdílení zkušeností a/nebo informací se jako vhodné jeví skupiny signifikantních osob, mezi něž patří rodiče, sourozenci či další příbuzní, přátelé či partneři klientů komunity (Radimecký, 2008),
- pro stimulaci procesů sociálního učení ve vztahu k interakcím v rodině a pro umožnění mezigenerační konfrontace nabízí Knobloch, Knoblochová (1999) jako ideální tzv. smíšené skupiny, v nichž se společně setkávají signifikantní osoby s rezidenty komunity,
- pro detailnější zmapování rodinných interakcí a možných stereotypů a pro dosahování behaviorálních změn jsou za nejúčinnější považována rodinná sezení, kterých se dle možností účastní společně všechny signifikantní osoby klienta (Radimecký, 2008).

Další možností, jak zapojit blízké osoby do procesu léčby závislosti v podmínkách terapeutické komunity, může být pobyt rodinných příslušníků v komunitě, který umožňuje získat odpovídající informace skrze osobní zkušenost a zážitek (Kooyman, 2004).

Nejčastější formy práce s rodinou jsou **skupiny s blízkými závislých** (Kooyman, 2004), které mají charakter informační anebo motivační, sledují úpravu vztahů a komunikace v rodině, podporu klienta v léčbě, nastavení nových pravidel apod. (Frouzová, Kalina, 2008). Osvědčují se **polootevřené skupiny**, v nichž je možné poradensky až psychoterapeuticky pracovat na tom, jak se klientova závislost a léčba promítá do rodiny v čase minulém, přítomném i budoucím. V těchto skupinách se uplatňují prvky skupinové dynamiky, vzájemná podpora, emoční uvolnění, sdílení, zpětná vazba apod. Nejedná se však o psychoterapeutické skupiny v pravém slova smyslu, neboť členové do nich přicházejí jako blízké osoby klienta, který se léčí, nikoli proto, aby se léčili sami. Nepředpokládá se, že budou

ve skupině řešit individuální psychologické problémy. Skupina by měla napomáhat otevření nových možností růstu pro blízké osoby (Frouzová, Kalina, 2008).

Při zacházení s rodinou závislého je třeba adekvátně ošetřit všechny členy tak, aby neškodili a nesabotovali ozdravný proces. Měli by být schopni na své úrovni pochopit své místo a napomáhat svým osobnostním růstem a potřebnou změnou. Pro rodinnou terapii je proto podstatné, zda terapeut nazírá problém v rodinném kontextu.

Obvykle se začíná pracovat s tím členem, který je ochotný ke spolupráci na změně. Terapeuti se tak flexibilně přizpůsobují podmínkám a jsou si vědomi, že v tomto systémovém onemocnění, kterým je závislost, je nutné propojení s dalšími terapeutickými technikami. Možnost kombinace přístupů přichází v době, kdy se stále více uplatňuje integrativní přístup se systémovou teorií změny a teorií motivace ke změně. Těžištěm léčby závislostí je prevence relapsu a v tomto směru rodinná terapie konvenuje svým posilováním zdatnosti rodinného systému (např. rozvíjení rodinného potenciálu, styl rodinného života apod.). Za projektivní faktory se považuje péče a podpora, základní důvěra, očekávání růstu a směr a hledání sounáležitosti (Frouzová, Kalina, 2008).

V terapii dáváme přednost pohybu a proměnám před neměnností. „*Rybník bez odtoku a bez přítoku zahnívá a stagnující rodina tvoří choroby. Jakmile se její život rozproudí, otvírají se sebeúzdavné zdroje a samočisticí schopnosti, imunita členů rodiny se zlepšuje a nemoci odeznívají.*“ (Chvála, Trapková 2008, s. 129)

Odvaha se dostaví s ochotou přijímat nové myšlenky, je na místě vyřadit staré a nefunkční a vybrat si nové, užitečné. Nabízí se přemýšlet o následujících otázkách:

Jaká jsou vaše pravidla a jak vám teď slouží?

Jaké změny považujete nyní za nutné?

Kterých pravidel se chcete zbavit a jaká nová chcete utvořit? (Satirová, 2006).

Poznatky z řady výzkumů podporují zapojování blízkých uživatelů návykových látek do procesu jejich léčby. Je přitom zajímavé, že se však jejich účast nejeví jako nezbytně nutná pro to, aby bylo v léčbě dosahováno pozitivních výsledků. Radimecký (2007) doporučuje nabídku pomoci blízkým i v případě, že závislý jedinec do léčby dosud nenastoupil. Proto je přikládán velký význam dostupnosti svépomocných nebo vrstevnických skupin pro signifikantní osoby uživatelů drog, které mohou poskytovat potřebnou psychologickou podporu, možnost sdílení a rady od ostatních členů se stejným problémem.

„Podnětné by bylo zabývat se kvalitou života rodinných příslušníků drogově závislých, poněvadž složitost problému závislosti prorůstá rodinným systémem a ovlivňuje kvalitu života celé rodiny.“ (Doležalová, 2006, s. 22)

7. Vymezení pojmů vnímání a prožívání

V kontextu s tématem práce se ukazuje vhodné vymezit pojmy vnímání a prožívání, což je značně obtížné, neboť jsou to procesy složité, ovlivněné mnoha činiteli a dílčími funkcemi. Podrobná analýza by byla příliš obsáhlá a není předmětem této práce, proto jsou teoretická východiska zvolena s ohledem na využití v průběhu výzkumu, jehož cílem je zachytit, jak signifikantní osoby klientů terapeutické komunity vnímají a prožívají proces léčby.

7.1 Vnímání

Hartl, Hartlová (2000) např. definují vnímání jako odrážení reality prostřednictvím smyslových orgánů, kdy významný podíl mají postoje, emoce, zájmy, soustava hodnot, očekávání a dosavadní zkušenosti, což lze chápat jako teorii první informace. V tvarové psychologii se předpokládá vnímání celků a tvarů ve vzájemných vztazích jako jednotného vjemového prožitku jedince, vývojově se jedná o základní složku orientace organismu v životním prostředí, kdy obsahem jsou jak objekty vnějšího světa, tak i vnitřní stavy organismu. Podobně Nakonečný (1997) uvádí vnímání jako smyslovými orgány zprostředkovaný a v mozku se vytvářející obraz vnějšího i vnitřního prostředí organismu. Plháková (2004) definuje vnímání jako organizaci a interpretaci senzorických informací, kdy podstatou je odhalování

smysluplných celků. Nakonečný dále vymezuje vnímání jednoduše jako: „ *Formu poznávání, která má původ ve smyslových dojmech, vytváří útvar zvaný vjem a projevuje se v kontrole chování.*“ (1997, s. 382) Podle Gibsona se lidé dívají a vnímají objekty za účelem toho, co nám mohou poskytnout. Tento koncept vychází z teorie orientace a přežití ve světě (Goldstein, 1981).

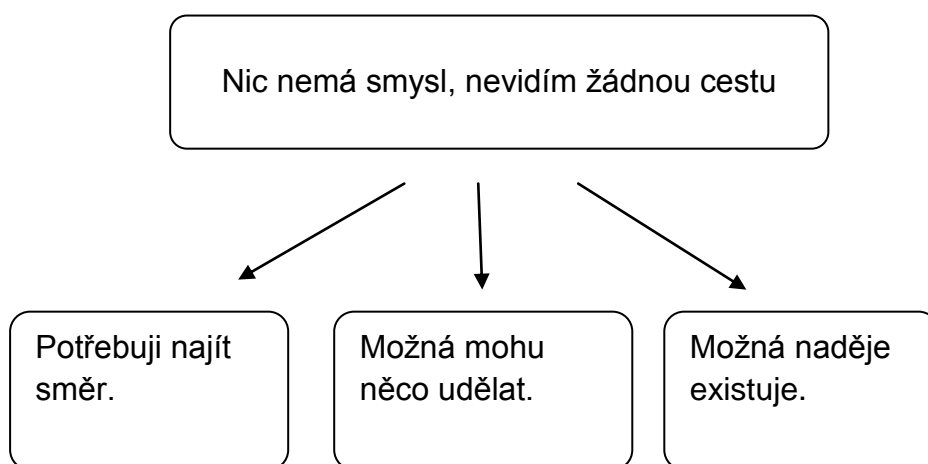
Z různých charakteristik vnímání uváděných v literatuře psychologie jsou dle Nakonečného (1997) nejdůležitější celostnost, výběrovost a významovost.

7.1.1 Zákony organizace percepčního pole

Základní vlastností vnímání je centrace, tj. soustředění se na jednu část vjemového pole, jež tvoří „*figuru*“, která je výrazná a zřetelně ohraničená, a „*pozadí*“ je vše ostatní, nevýrazné a mlhavé (Nakonečný, 1997). Dělení vjemového pole na figuru a pozadí provází všechny naše percepční aktivity, stejně tak tendence seskupovat vjemy do celků. U blízkých osob klientů může vypadat vnímání procesu léčby v časovém sledu následovně:

Na počátku léčby (centrace vnímání): „*Nic nemá smysl, nevidím žádnou cestu*“. V ideálním případě se vnímání stává součtem „*figur*“ např.: „*Potřebuji najít směr*“, „*Možná mohu něco udělat*“, „*Možná naděje existuje*“, apod., čímž se změní vnímání, viz obr. č. 1. Nová podoba centrace bude výrazně ovlivněna a může znít např. „*Všechno má přece nějaký smysl, je potřeba začít něco dělat*“.

Obr. č. 1: Počáteční centrace vnímání později rozložená na figury



Tato restrukturalizace může pomoci blízkým osobám klientů učit se vnímat spektrum života a vztahů z jiné perspektivy. Z toho lze usoudit, že i povaha sbíraných dat bude odlišná v různých fázích procesu léčby.

7.2 Prožívání

Vymětal et al. (1997) definuje prožívání jako proces interakce mysli a tělesného pociťování, kdy tělo a mysl se vzájemně ovlivňují za účasti psychických procesů. Je to jev individuální, těžko sdělitelný, proto jej např. behavioristé vyloučili z předmětu svého zkoumání a zaměřují se pouze na chování, které lze pozorovat (Hartl, Hartlová, 2000).

Dle Plhákové (2004) je prožívání nepřetržitý tok psychických zážitků, který probíhá při různých stupních bdělosti. Filosofická tradice považuje rozum, city a vůli za tři hlavní složky prožívání. Z tohoto hlediska má každý psychický zážitek stránku poznávací, citovou a motivační.

Dnes již není sporu o tom, že tělesné pociťování nese významy, které velmi často zůstávají nepovšimnuty a jsou prožívány jako emoce, jimž nerozumíme, nebo přecházejí přímo do našeho jednání. Prožívání lze tedy chápat jako vzájemně se ovlivňující tělesné pociťování (ve smyslu dimenze příjemný/nepříjemný), představování a myšlení. Pro pochopení psychoterapeutické změny je důležité rozlišení do následujících úrovní:

- bezprostřední prožívání reálných událostí, procesů a stavů, které probíhají na tělesné úrovni v daný okamžik (jak je tělesně pociťujeme v konkrétních situacích),
- tělesné prožívané významy vzpomínaných událostí, situací, vztahů a scén doprovázené cítěním, které vedly k současnému pociťování (jak tělesně pociťujeme znovuprožívané),
- myšlení a představování vztahované k bezprostřednímu toku tělesně pociťovaných významů (jak rozumíme významům tělesného prožívání, jaké představy nás k němu napadají),
- myšlení a představování, které se odtrhlo od současného reálného pociťování a řetězí se do myšlenkových asociací, proudu imaginací a představ

(např. snažíme se něco vyřešit podle zásad logiky, představujeme si „coby kdyby“, když se učíme, čteme apod.); takové myšlení a prožívání nevychází z tělesného pociťování, ale může jej ovlivnit a navodit tak, že neodpovídá vnější reálné situaci, ale vnitřní – myšlené a představované (Vymětal, 1997).

Pro člověka, který pociťuje, je pociťované odrazem toho, jak vyhodnocuje svět a sebe, jak vyhodnocuje konkrétní situace a jaké typy chování se v něm čas od času aktivují. Pocit poskytuje subjektu monitorovací službu ohledně jeho behaviorálního a rovněž fyziologického stavu. To vše může vnímat a hlásit, a pokud je toho schopen, přirozeně přijme jazyk pocitů. Když se však jazyk pocitů stane překážkou pro poznání, je lépe ho opustit a dočasně nahradit jazykem chování (Bowlby, 2010).

Celý proces léčby lze vnímat jako vzájemně se propojující momenty a situace, které každý jedinec vnímá a prožívá svým jedinečným způsobem. Prožitky, ve spojení s emocionálními rovinami vnímání, se mohou stát možnými prostředky nalézání významů a smyslu konání. Prostřednictvím zažitých situací vzniká přirozená intenzivní zkušenost, která může být v dalším konání uplatněna.

„Ani terapie samotná se nesmí stát konstruktem a jediným východiskem. I ta je především plynoucím a měnícím se zážitkem, který může jen pootevřít zapomenutá dvířka v duši.“ (Šiffelová, 2003)

8. Metodologie

8.1 Kvalitativní výzkum

Podle různých autorů je právě kvalitativní výzkum vhodný, pokud chceme zjistit pozice protagonistů určitého procesu a důvody, proč je zaujali (Bryman, 2011). Důležitý je i sociální kontext, neboť výzkum nevzniká ve vzduchoprázdnu. Pokud chceme porozumět určitým sociálním jevům, musíme se dopátrat významu, který svému jednání různí zúčastnění přisuzují. Podstatné je, co nejvíce se přiblížit autentickému prožívání, jež ovlivňuje kvalitu života signifikantních osob klientů terapeutické komunity v procesu léčby závislosti. Miovský (2006) popisuje klíčové charakteristiky kvalitativního výzkumu jako přístupy využívající principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. V rámci takového výzkumu cíleně pracujeme s reflektivní povahou psychologického zkoumání.

8.2 Zakotvená teorie

Zakotvená teorie podle Strausse a Corbinové (1999) je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. Znamená to, že je vytvořena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali, ale spíše zkoumanou oblastí, a necháváme, ať se vynoří, co je v této oblasti významné. Výsledkem výzkumu založeného na zakotvené teorii je spíše teoretické vyjádření zkoumané reality, nikoli sada vypovídajících čísel a hodnot. Dle Radimeckého (2008) se uplatnění zakotvené teorie jeví jako nejvhodnější přístup vzhledem k možnostem relativně vysokého stupně svobody a kreativity při generování a validizaci získaných poznatků a formulování odpovědí na výzkumné otázky, v jehož rámci lze používat induktivní i deduktivní postupy v těsném vztahu. Doporučuje zakotvenou teorii mimo jiné také proto, že tento přístup je otevřen vůči objektivistickým i subjektivistickým školám a jako takový umožňuje dospět k porozumění analyzovaných sociálních procesů za využití obou perspektiv – „zvenku dovnitř“ i „zevnitř ven“. Dle Strausse a Corbinové (1999) jde o proces, v němž sběr dat, jejich analýza, interpretace a vývoj teorie stojí permanentně v úzkém a dynamickém vztahu.

9. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je snaha uchopit, jak vnímají a prožívají proces léčby závislosti signifikantní osoby klientů terapeutické komunity. Často se blízké osoby klientů téměř vůbec nebo jen těžko orientují ve svém prožívání, které se kvalitativně proměňuje v čase. Nejde o ucelený přehled všech možných variací, ale o inspiraci, jak je možné uvažovat, a cestou výzkumu prožitky zachytit, utřídit a pokusit se vyvodit teorii fází, kterými účastníci výzkumu procházejí. Cílem není kvantifikace dat ani ověřování hypotéz, ale snaha porozumět pohledu blízkých osob klientů terapeutické komunity a současně ověřit, zda vybrané metody a postupy přinášejí určitou kvalitu dat. K provedení výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup, dle Zábranského a Miovského (2008) vhodný pro témata zaměřující se na prožívání procesu. Často se rodinní příslušníci závislých jedinců domnívají, že jejich pocity a prožitky jsou irelevantní, dochází k nedorozuměním, stresům a frustracím. Abychom situaci přiměřeně porozuměli, musíme nejprve zjistit, které elementy ji vlastně tvoří, potom se snažíme je třídit a následně nacházet vysvětlení (Ferjenčík, 2000).

10. Výzkumný soubor

Základní soubor výzkumu tvoří rodinní příslušníci a blízké osoby klientů terapeutické komunity WHITE LIGHT I., kteří absolvovali léčebný program v období března 2014 až září 2015. Metodou záměrného výběru byl vytvořen výběrový soubor výzkumu.

„Za záměrný (někdy také účelový) výběr výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti) nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině). Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme ty jedince, kteří toto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit.“ (Miovský, 2006, s. 135)

Kritériem výberu bolo časové obdobie procesu liečby, ve ktorom se blízci klientů aktuálně nacházeli. Jak již bylo uvedeno, vnímání a prožívání signifikantních osob klientů terapeutické komunity se kvalitativně proměňuje v čase. Program terapeutické komunity WHITE LIGHT I. je koncipován na 6 – 8 měsíců (Operační manuál, 2014). Došlo tedy k pomyslnému rozdělení této standardní doby léčebného programu zhruba na tři úseky (fáze):

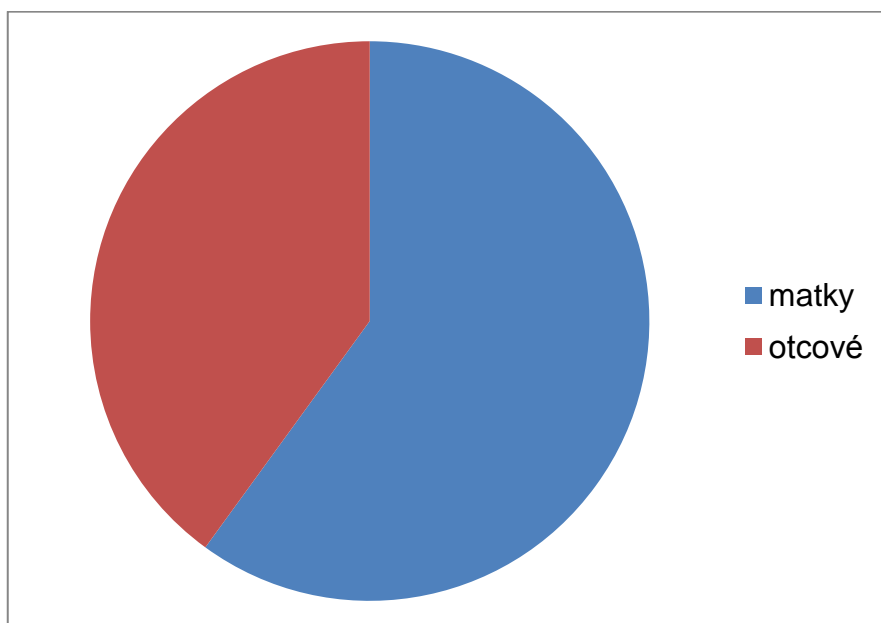
- 1. úsek léčby - období po nástupu klienta do léčby, přibližně 0. – 2. měsíc,
- 2. úsek léčby - období průběhu léčby klienta, přibližně 3. – 5. měsíc,
- 3. úsek léčby - období příprav klienta na odchod z léčby, přibližně 6. – 8. měsíc.

Tabulka č. 1: Rozdělení standardního léčebného programu

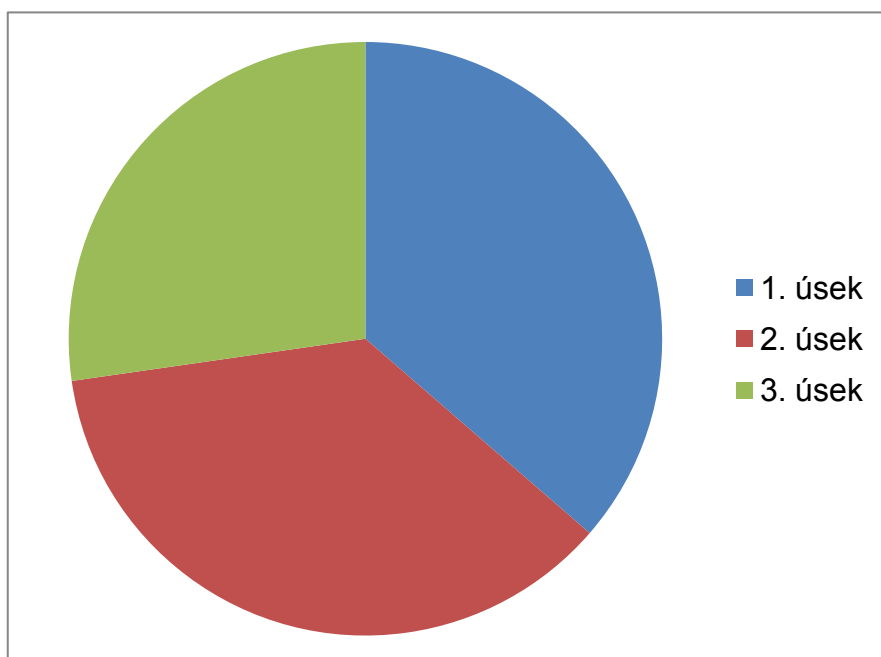
Počátek	Průběh	Závěr
1. úsek	2. úsek	3. úsek
0 – 2. měsíc	3. – 5. měsíc	6. – 8. měsíc

Ve všech třech fázích se podařilo zachytit tři matky a jednoho otce, v první a druhé fázi jednu matku a jednoho otce, ve druhé a třetí fázi jednu matku a jednoho otce a pouze v první fázi jednu matku a jednoho otce. Rozhovory pro výzkum tedy poskytlo šest matek a čtyři otcové. Celkem bylo realizováno 22 rozhovorů.

Graf č. 1: Podíl matek a otců



Graf č. 2: Podíl poskytnutých rozhovorů v různých úsecích léčebného programu



11. Etická stránka výzkumu

Etická pravidla jako nástroj ochrany osob účastnících se výzkumu hrají zásadní roli. Je třeba o nich uvažovat minimálně ve třech různých rovinách:

- vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění,
- ochrana účastníků výzkumu,
- ochrana výzkumníka (Miovský, 2006).

V průběhu realizace výzkumu byla aplikována následující etická pravidla:

- 1) Na začátku každého rozhovoru proběhlo vždy představení výzkumníka, účelu práce a podmínek účasti ve výzkumu.
- 2) Zajištění informovaného souhlasu respondentů zaručující ochranu práv a soukromí, svobodu odmítnutí, anonymitu, poučení o cílech a metodách, výhodách, nevýhodách či případných rizicích, které z účasti ve výzkumu mohou vyplynout.
- 3) Příležitost k uvolnění, tzv. emoční bezpečí, což znamenalo nevystavovat respondenty neobvyklému stresu či manipulaci, jednat se všemi s respektem a s ohledem na lidskou důstojnost.
- 4) Projevení zájmu, účasti a porozumění výzkumníka vůči účastníkům výzkumu, avšak zachování empatické neutrality.
- 5) Ochrana osobních údajů, zachování mlčenlivosti a důvěrnosti informací a zjištěných skutečností, jež by mohly vést k možné identifikaci účastníka výzkumu, jak v procesu sběru a analýzy dat, tak při prezentaci výsledků.

V souladu s výše uvedenými principy byly signifikantní osoby klientů terapeutické komunity osobně osloveny s žádostí o jejich zapojení do realizovaného výzkumu. Byly informovány, že všechny pořízené záznamy (nahrávky na diktafon, přepisy rozhovorů, dotazníky) budou vedeny pod kódy (bez použití jakýchkoli osobních dat, jež by mohly umožnit jejich zpětnou identifikaci), které zajistí naprostou anonymitu. Po ukončení výzkumu byla všechna data vymazána a skartována.

12. Výzkumné techniky

V průběhu realizace výzkumu byly použity různé techniky sběru dat a jejich analýzy, jež jsou blíže popsány v následujícím textu.

12.1 Zdroje dat

Data pro analýzu byla sbírána ze dvou zdrojů, aby bylo možné poskytnout komplexnější obraz. Hendl (2005) označuje použití různých zdrojů dat jako velmi vhodné.

Pro výzkum byla použita publikovaná odborná literatura. Cílem bylo identifikovat klíčové práce jako základ pro realizaci terénního šetření. Druhým zdrojem dat byli účastníci výzkumu – signifikantní osoby klientů terapeutické komunity WHITE LIGHT I.

12.2 Metody získávání dat

Z terminologického hlediska lze proces získávání dat označit termínem „*tvorba dat*“, jelikož výzkumník ovlivňuje jejich vznik a přímo se podílí na tom, jak kvalitní data získá (Miovský, 2006). Při získávání dat v kvalitativním výzkumu je vhodné opřít se o data získaná více výzkumnými metodami. V případě tohoto výzkumu byla mezi sebou porovnávána data pocházející z rozhovorů (textové analýzy jejich přepisů) a doplňujících dotazníků. „*Pokud nás zajímá, co si lidé myslí, jak cítí, čemu věří atd., použijeme interview, dotazník nebo postojové škály.*“ (Hendl, 2005, s. 161)

12.2.1 Interview

„*Rozhovor představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat.*“ (Ferjenčík, 2000, s. 171) Tato výzkumná metoda umožňuje nejen zachytit fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů, sledovat i některé vnější reakce a podle nich pohotově usměrňovat další průběh otázek (Gavora, 1996).

Na tomto základě byla pro realizaci výzkumu vybrána forma semistrukturovaného interview, jež vyžaduje určitou technickou přípravu a vytvoření schématu (např. okruh otázek). Často se na základní otázky nabalovalo množství doplňujících témat, která se v tu chvíli jevila jako smysluplná a vhodně rozšiřující původní zadání. Otázky směřovaly primárně k získávání informací. Součástí rozhovorů však bylo i podněcování respondentů např. projevy porozumění, krátká očekávající mlčení, zopakování či parafrázování odpovědí, neutrální požadavky o doplnění informací, sumarizace, zrcadlení odpovědí apod. Průběžně byla také požadována upřesnění a vysvětlení odpovědí účastníků (jak danou věc myslí), bylo ověřováno správné pochopení uváděných skutečností výzkumníkem a byly kladeny doplňující otázky. S tématem se šlo do hloubky užitečné pro výzkum, avšak s ohledem na dotazovaného jedince. *„Měli bychom se pokusit, aby v každém našem tázání byla současně pokora a hluboká reflexe.“* (Miovský, Čermák, Chrastka a kol., 2010, s. 37)

„Výhodou polostrukturovaného interview je především to, že dokáže eliminovat nevýhody obou zbývajících variant metody interview (nestrukturovaného a plně strukturovaného) a vytěžit současně maximum jejich výhod.“ (Miovský, 2006, s. 161)

Realizace rozhovorů probíhala v následujících etapách:

- přípravná etapa – schéma rozhovoru,
- úvodní etapa - srozumitelné vysvětlení cíle, smyslu a obsahu rozhovoru, navození optimálního emocionálního klimatu,
- jádro rozhovoru - vlastní způsob získávání informací,
- sumarizace hlavních bodů, o kterých byla řeč a domluva dalšího setkání,
- závěr – poděkování a ocenění ochoty a spolupráce.

Rozhovory byly se souhlasem účastníků nahrávány na diktafon a následně, pro potřeby analýzy, přepsány do elektronické podoby.

12.2.2 Dotazník

„Dotazník je nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů.“ (Gavora, 1996, s. 53) V průběhu výzkumu bylo proto provedeno jednoduché dotazníkové šetření (dotazník viz příloha) jako komplementární zdroj dat.

V průběhu výzkumu byli požádáni ti respondenti, se kterými nebyl realizován rozhovor, o vyplnění dotazníku. Základem byly prožívané emoce a eventuální otázky, které mohly blízké osoby klientů napadat v průběhu léčby. Stejně tak jako při realizaci rozhovorů byl průběh léčby rozdělen do tří úseků: 1. úsek - počátek (0. – 2. měsíc), 2. úsek – průběh (3. – 5. měsíc), 3. úsek – závěr (6. – 8. měsíc).

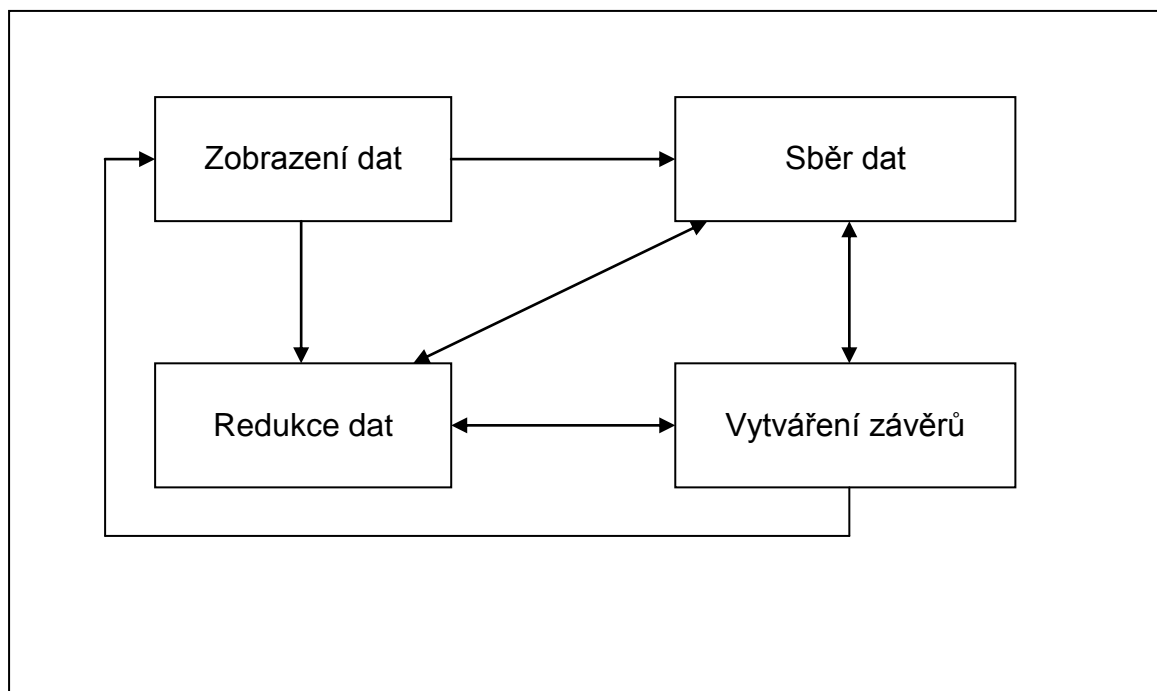
Vyhodnoceno bylo celkem 19 dotazníků zodpovězených respondenty ve všech třech úsecích léčby a procentuálně propočítány výsledky, viz kapitola 13.2 Výsledky dotazníkového šetření.

12.3 Postup a metody při zpracování dat

12.3.1 Postup zpracování dat

Téma zpracování kvalitativních dat se skládá z několika důležitých kroků. Způsob zacházení s nimi (dílčí úkony, procedury propojujících fází) lze nazývat „*data management*“. Jedná se o technické zpracování dat pro následnou analýzu. Při aplikaci kvalitativního přístupu dochází k cyklickému opakování jednotlivých fází, a analýza se tak v určité fázi váže jak se samotným procesem získávání dat, tak s procesem jejich zpracování, paralelně tak může probíhat proces získávání, zpracování a analýzy dat a všechny tyto fáze se vzájemně ovlivňují (Miovský, 2006).

Obr. č. 2: Provázanost jednotlivých kroků analýzy kvalitativních dat (Hendl, 2005)



Fixováním kvalitativních dat vznikl základní materiál, který byl dále upravován tak, aby bylo možné provádět analýzu. Během rozhovorů byla data fixována formou audiozáznamů a byly vedeny poznámky významných souvislostí na záznamové archy. Dalším krokem byla tzv. transkripce, proces převodu mluveného projevu do písemné podoby. Důležitá místa byla opatřena komentářem na okraji stránky a byly doplněny poznámky ze záznamových archů. Vznikl tedy pro další práci již hotový textový dokument. V následující fázi byla provedena tzv. redukce prvního řádu, což přineslo nezbytnou přehlednost a prostor vidět souvislosti. Cílem této úpravy bylo učinit přepis plynulejším a usnadnit analytickou práci s ním.

12.3.2 Metody zpracování dat

Analýza kvalitativních dat je oprávněně považována za prakticky nejobtížnější fázi realizace výzkumu. K tomu výrazně přispívá velká míra volnosti a množství možností, které skýtají jak jednotlivé metody, tak varianty vzniklé jejich vzájemnou kombinací (Miovský, 2006).

Analýza kvalitativních dat byla realizována v následujících fázích:

- 1) Kódování textového dokumentu (přiřazování klíčových slov k částem textu pro snadnější práci s nimi). Prostřednictvím kódů tak bylo možné lépe pracovat s většími významovými celky.
- 2) Archivace kódovaných dat – uchování kódovaného textu jako organizované homogenní databáze.
- 3) Barvení textu - jednotlivým tématům byly přiřazeny barvy, těmi byla následně označena všechna místa v textu, která se týkala jednotlivých tematických oblastí (takto připravený text usnadňoval orientaci).
- 4) Editorování (doplňování podrobností, rozvedení popisu apod.).
- 5) Propojování dat – hledání spojitostí, vytváření a identifikace kategorií, trsů.
- 6) Komentování (vhodným způsobem rozšiřování či uvádění dat do kontextuálních vztahů).
- 7) Interpretace údajů, vyvozování závěrů, hledání alternativ, výhod i nevýhod.
- 8) Vytvoření teorie (homogenního interpretačního rámce, v němž jsou nálezy popsány a vysvětleny).

Práce s časovou osou, do které byly zanášeny informace, umožnila identifikovat důležité události v různých časových úsecích, a určit tak časovou posloupnost. Následné porovnávání časových os u různých účastníků výzkumu umožnilo sledovat, jak se vzájemně v podobných časových úsecích shodují či odlišují.

Rovněž psaní je nedílnou součástí celého procesu výzkumu a hraje významnou roli, protože stejně jako sběr dat a jejich analýza totiž vyžaduje neustálé (křížové) srovnávání dat, poznámek a poznatků. Během celého procesu byly proto texty opakovaně pečlivě pročitány. S časovým odstupem a využitím tzv. kreativních pauz docházelo k opětovnému zapojení do práce a pomocí induktivního i deduktivního uvažování byl postupně vytvářen výsledek pro závěrečnou interpretaci a vytvoření teorie.

Jakýkoli složitější text je možné nahlížet a interpretovat z různých úhlů pohledu a neznamená to, že jeden nebo druhý je chybný, nebo naopak správný (Miovský, 2006).

Každý člověk má svou vlastní cestu, skrze kterou rozumí cestám druhých lidí, každé nové poznání se ukazuje jako nová otázka, každá volba je nové rozcestí, každé tvořivé dílo je otevření nových možností a každý smysl se ukazuje jako výzva k hledání smyslu ještě podstatnějšího (Řičan, 1989).

13. Výsledky výzkumu

13.1 Výsledky z rozhovorů

Cílem výzkumu byla snaha zachytit, jak signifikantní osoby klientů terapeutické komunity vnímají a prožívají proces léčby závislosti. Jak již bylo zmíněno, standardní délka léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. je koncipovaná na 6 – 8 měsíců, a tato doba byla pomyslně rozdělena na 3 úseky (počátek, průběh a závěr), v nichž byly realizovány rozhovory s respondenty vždy podle toho, v jakém úseku léčby se jejich blízký jedinec nacházel. V těchto obdobích se prožívání respondentů kvalitativně proměňuje a také různě kolísá motivace ke spolupráci.

Pro přehlednost bylo prožívání respondentů rozděleno do tří segmentů:

- 1) Pocity a emoce.
- 2) Interpretace současného stavu.
- 3) Postoj ke změně.

S použitím uvedených postupů byly získány následující charakteristiky jednotlivých úseků léčby z pohledu blízkých osob klientů, a analýzou dat identifikovány. Citace z jednotlivých rozhovorů jsou značeny způsobem R1 – R22 (rozhovor 1, rozhovor 2, atd.).

Počátek - 1. úsek - období po nástupu klienta do léčby - přibližně 0. – 2. měsíc

Pro rodinné příslušníky klientů znamená toto období završení často dlouhodobého vývoje situace spojeného s přesvědčováním, prosbami i výhrůžkami, aby závislý jedinec změnil svůj dosavadní způsob života a šel se léčit. Patrně proto blízcí uživatelů drog uvádějí v této souvislosti nejčastěji pocity úlevy, radosti a naděje, které však jdou ruku v ruce s velkým vyčerpáním, jenž se dostavuje po předcházejících útrapách souvisejících s návykovým užíváním drog jejich člena rodiny.

Pocity a emoce

R1: „Cítila jsem obrovskou úlevu, že se konečně odhodlal a nastoupil do léčby.“

R2: „Říkala jsem si, že buď se musí jít léčit, nebo umře. Cítím velikou úlevu, že nastoupil do léčby.“

R3: „Cítila jsem úlevu, že už nebudu muset řešit jeho věčné průšvihy.“

R4: „Možná je to blbý říkat, ale mně se ulevilo.“

R7: „Mám radost, že mu konečně došlo, že léčba je jediná naděje, jak z toho ven.“

R8: „Jsem rád, že je v léčbě, protože takhle už to nemohlo jít dál.“

R13: „Mám radost, že konečně pochopil, že se musí léčit, ale zároveň mám i strach, aby to vydržel.“

R16: „Konečně se rozhodl pro léčbu, cítím úlevu.“

Interpretace současného stavu

R1: „Bylo to moc těžký období, ale teď se to snad konečně zlomilo a bude líp.“

R2: „To všechno, co předcházelo, mi dalo pořádně zabrat.“

R3: „Myslela jsem, že už to nevydržím. Jsem vyčerpaná, ale snad se všechno obrátí k lepšímu.“

R4: „Rozboural celou rodinu. Nevím, jestli budeme mít dost sil dát to všechno do pořádku.“

R7: „Potřebuju se vzpamatovat.“

R8: „Uvědomuji si, co nás to stálo sil, celou rodinu.“

R13: „Jsem úplně vyčerpaná, vysál ze mě všechnu energii.“

R16: „Sama se teď musím dát taky trochu do kupy, protože to bylo peklo, co on předváděl.“

Postoj ke změně

R1: „Uvědomuji si, že to zasahuje nás všechny a že asi všichni budeme muset něco změnit.“

R2: „Je mi jasné, že každý se k tomu bude muset nějak postavit a něco udělat.“

R3: „Nebude to jen tak, asi máme teď před sebou všichni těžké období.“

R4: „Vím, že to nebude žádná sranda, pro něj ani pro nás.“

R7: „Já teď vážně nevím, co mám dělat, nevím, co nás čeká.“

R8: „*Je to velká naděje, že se změní a začne normálně žít.*“

R13: „*Doufám, že už se konečně něco změní.*“

R16: „*Je mi jasné, že se něco musí změnit.*“

Průběh - 2. úsek – období průběhu léčby klienta – přibližně 3. – 5. měsíc

Toto období znamená skutečnou práci v rámci celé rodiny. Pro všechny je to zásah do fungování systému, který nyní prochází určitou transformací, jejímž produktem nutně bude změna, byť jakákoli. Dochází k průlomům v přístupu klienta k léčebnému programu, začíná objevovat sám sebe, učí se porozumět vztahům a individuální potřebě brát drogy. Blízcí klienta oceňují, že na sobě začal pracovat, ale zároveň cítí jisté ohrožení, neboť se klient mění i ve vztahu k nim.

Pocity a emoce

R5: „*Cítím nejistotu, popravdě nevím, co můžu očekávat.*“

R6: „*Najednou cítím nejistotu, neumím si představit, co vlastně teď bude.*“

R9: „*Budeme si muset hodně věcí vzájemně vysvětlit, bude to těžké, ale cítím v tom naději.*“

R10: „*Očekávám, co bude a jsem připraven také něco změnit.*“

R14: „*Asi pořádně nechápu, jak to všechno teď bude a co nás čeká.*“

R17: „*Snažím se věřit, ale stejně ve mně hlodá strach, že to třeba nezvládne.*“

R19: „*Nejsem si úplně jistá, co nás teď čeká.*“

R20: „*Cítím nejistotu, co konkrétně to všechno bude znamenat pro mě.*“

Interpretace současného stavu

R5: „*Cítím, že to nebude snadné, že to bude běh na dlouhou trať.*“

R6: „*Vlastně čekám, jak se to bude vyvíjet.*“

R9: „*Mění se, najednou mluví o věcech, o kterých jsme nikdy nemluvili.*“

R10: „*Najednou mi došlo, že hodně problémů vzniklo nedorozuměním, že jsme o věcech nemluvili a každý to viděl po svém.*“

R14: „*Najednou byl přede mnou jiný člověk. Mluvili jsme o věcech, o kterých jsme dřív nemluvili. Obvinil mě, že z něho dělám pořád dítě.*“

R17: *Začínám si uvědomovat, že jsem udělala spoustu chyb.*“

R19: *„Budeme si muset spoustu věcí vyjasnit.“*

R20: *„Nerozumím tomu, přišla s tím, že je to naše vina. Copak my jsme nějakí fetišáci?“*

Postoj ke změně

R5: *„Pochopila jsem, že ta léčba není jenom o abstinenci, ale o nějakých celkových změnách.“*

R6: *„Pochopil jsem, že budu muset slevit ze svých nároků. Najednou jsem si uvědomil, že jsou i jiné hodnoty. Začal jsem si více vážit zdraví.“*

R9: *„Budu si muset sáhnout do svědomí.“*

R10: *„Asi jsem dělala něco špatně, ale to už teď nezměním.“*

R14: *„Dlouho mi trvalo, než jsem pochopila, že mám právo říci ne.“*

R17: *„Jsem připravená být důsledná, bude to pro mě moc těžké.“*

R19: *„Došlo mi, že i já na sobě musím něco změnit. Některé věci mi v tom shonu vůbec nedocházely.“*

R20: *„Bude to ještě dlouhá a těžká cesta k sobě, ale věřím, že to zvládneme a jsem ochoten udělat hodně.“*

Závěr - 3. úsek - období příprav klienta na odchod z léčby - přibližně 6. – 8. měsíc

Klient podniká praktické kroky směřující k odchodu z komunity, dosahuje změn v přemýšlení i v chování a přebírá osobní odpovědnost. Blízké osoby klienta prožívají toto období poněkud ambivalentně, na jedné straně stojí naděje a na druhé obavy a strach. Jsou konfrontováni se změnami, jež nemusí vždy odpovídat jejich představám, čelí pochybnostem, zda klient je „vyléčen“ a zvládne život bez drog. Je potřeba si uvědomit, že prostředí, v němž klienti dočasně žili v terapeutické komunitě, se liší od podmínek běžného života, ve kterých žijí jejich blízcí. V tomto kontextu se pak ukazuje jako významná podpora udržení změn (nové vzorce chování) ta skutečnost, zdali blízké osoby klienta byly v kontaktu s programem léčby či nikoli.

Pocity a emoce

R11: „Čím dál silněji cítím obavy, že všechno sklouzne do starých kolejí.“

R12: „Chci věřit, že to zvládne, ale jak se blíží konec, mám velký strach.“

R15: „Mám v sobě zmatek, cítím naději, obavy, strach, pochybnosti.“

R18: „Někdy se mě zmocní silná úzkost, že to neustojí a začne zase fetovat.“

R21: „Naděje jde ruku v ruce se strachem.“

R22: „Říkám si, že to snad nějak zvládneme, a zároveň se bojím, že by se mělo opakovat to, co bylo před tím.“

Interpretace současného stavu

R11: „Uvidíme, co budoucnost přinese.“

R12: „Snažili jsme se všichni, tak by se to mělo ukázat.“

R15: „Připadám si jako na startovní čáře.“

R18: „Možná se to všechno mělo stát, abychom se dostali blíže k sobě. Možná to vyjde a možná ne. To všechno ukáže čas.“

R21: „Hodně věcí jsme si řekli, bolestivé, ale i povzbudivé, tak snad to přinese nějaké ovoce.“

R22: „Snažil jsem se spolupracovat, tak snad to k něčemu bylo.“

Postoj ke změně

R11: „Změna je velmi výrazná, začala se mnou více mluvit. Velmi oceňuji práci s rodinou v rámci léčby.“

R12: „Budu si muset dávat větší pozor na to, jak s ní mluvím a mít na paměti, že už není dítě.“

R15: „Uvědomuji si, že nebude snadné udržet nové vzorce chování. Musím mu zkrátka více věřit, vždyť už je přece dospělej.“

R18: „Kontrolovat ho pořád donekonečna nejde. Musím věřit, že to zvládne, a když ne, tak že je to jeho život a jeho cesta, že je přece dospělej.“

R21: „Nechci se už patlat v minulosti, řekli jsme si toho dost, teď je na čase začít něco dělat.“

R22: „Teď je důležité dostat všemu, co jsme si řekli.“

13.2 Výsledky dotazníkového šetření

Jako doplňující zdroje dat byly využity dotazníky, viz příloha.

Celkem bylo zpracováno 19 dotazníků, respondenti byli požádáni, aby označili pocity, které prožívali a otázky, které je napadaly v různých obdobích léčby jejich blízké osoby.

Tabulka č. 2: Přehled odpovědí z dotazníků v %

Pocity	Počátek v %	Průběh v %	Závěr v %
Úleva	100	32	18
Radost	91	32	9
Naděje	91	72	54
Strach, obavy	36	27	63
Očekávání	45	54	32
Úzkost	18	16	27
Vzteky	4	0	0
Nejistota	18	63	37
Otázky			
Co bude dál?	37	64	75
Dělám něco špatně?	12	18	18
Mohu něco změnit?	27	55	38
Jak konkrétně mohu pomoci?	45	73	72
Konstatování			
Mě se to netýká, je to jeho/její problém	0	0	4

Maxwell (2005) zdůrazňuje, že jako jeden z cílů kvalitativního výzkumu by měl být přínos pro praxi. Výše prezentované ukázky poskytují nástin možných teoretických východisek pro pokus definovat jednotlivé úseky léčby na základě způsobu prožívání signifikantních osob klientů terapeutické komunity. Jako takové mohou nabídnout jisté vodítko pro práci s blízkými osobami klientů.

14. Vytvoření teorie

14.1 Pojmenování jednotlivých fází procesu léčby závislosti očima blízkých osob klientů

1. Úleva (od nástupu do léčby přibližně do druhého měsíce)

Charakteristické pocity - úleva, radost, naděje.

Rodiny, jejichž život je poznamenán problémy působenými drogami, čelí opakovaným a často akutním stresům. Potenciál pro nápravu věcí vzniká v okamžiku, kdy se problémový uživatel drog rozhodne svého návyku zbavit a nastoupí do léčby. V tuto chvíli dochází v jistém smyslu k redukci chronické zátěže a napětí, a rodina pocítí úlevu. Vzhledem ke složitému procesu kontraproduktivní podpory závislého jedince bývají rodinní příslušníci velmi často vyčerpaní, a to po stránce fyzické i psychické. Větší potenciální vulnerabilita s sebou nese potřebu jakéhosi konceptu nejbližšího vývoje (co mohou/nemohou očekávat), který jim v tomto případě poskytne odborný tým terapeutické komunity. V této fázi však prokazatelně očekávají změny zejména na straně problémového uživatele drog.

2. Intenzivní změny (přibližně od třetího měsíce zhruba do pátého měsíce)

Charakteristické pocity – naděje, nejistota.

Současný stav je interpretován jako očekávání co bude dál. Pro nikoho z lidí, kteří zde vyprávěli, to nebylo snadné. Zkušenosti byly takové, že závislost na drogách s sebou přinesla veliký konflikt a zátěž, a byla dlouhodobě příčinou značného utrpení. Rodina si stále více uvědomuje, že proces léčby bude náročný pro všechny, poznává široké spektrum příčin vzniku závislosti, nahlíží vztahovou problematiku, uvědomuje si možný podíl viny. V této fázi obzvláště záleží na tom, s jakou mírou odhodlání a upřímnosti všichni zúčastnění přistupují k procesu léčby.

„Uzdravení nemůžeme zařídit, můžeme pouze pomáhat při odklizení těžkostí, které blokují cestu k uzdravení.“ (Wirtz, 2005, s. 114)

3. Obavy a strach (přibližně od šestého měsíce do konce léčby)

Charakteristické pocity – strach, obavy.

Tak jako klient prochází přípravami na odchod z komunity, také rodina se připravuje na jeho návrat do běžného života. Všichni mají širokou škálu informací o možnostech dalšího fungování všech protagonistů. Člověk se nemusí omezovat jen na izolovaná fakta, ale může brát vážně všechno, co se přesvědčivě ukazuje, třeba zájem o něco, smysl určitého jednání, rozdíl mezi tím, co je a není žádoucí. Přínosem může být každé jedno ze všech setkání. Rodina se pochopitelně obává a pochybuje, do jaké míry byla léčba úspěšná, jak a jestli zvládne jejich člen žít dále svůj život bez drog. Ocítá se v labyrintu víry a pochybností a ozývají se otázky: „*Dokážeme všichni udržet nastavené změny?*“, „*Osvojíme si nové vzorce komunikace i chování?*“ apod.

„Nejistota budoucího nahání člověku strach, jenže ještě horší může být jistota, je-li to jistota odsouzení.“ (Sokol, 2002, s. 123)

15. Komparace vnímání a prožívání procesu léčby závislosti očima klientů a očima jejich blízkých osob

15.1 Vnímání a prožívání procesu léčby z perspektivy klientů

Prožívání jednotlivých fází procesu léčby závislosti v terapeutické komunitě je částečně odlišné z pohledu klientů a z pohledu jejich blízkých. Pro srovnání jsou níže uvedeny přehledové tabulky:

Tabulka č. 3: Vnímané fáze z perspektivy klientů (Zim, 2015)

	Délka fáze z perspektivy klienta	Vnímání fáze z perspektivy klienta	Požívání a postoje klienta
0. fáze	1 měsíc	Prekontemplace, kontemplace	Strach, obavy, úzkost, výčitky
1. fáze	2 měsíce	Rozhodování	Strach, pocity samoty, lítost nad sebou, zmatky
2. fáze	2 měsíce	Aktivní změna	Aktivita řešit svá témata, vymezování se, spokojenost/pochybnosti
3. fáze	2 měsíce	Udržování změny	Náhled na důvody užívání drog, bilancování léčby
4. fáze	1 měsíc	Relaps (jako návrat ke starým vzorcům)	Euforie/nervozita, nejistota, strach a obavy z budoucnosti

15.2 Vnímání a prožívání procesu léčby z perspektivy rodiny

Tabulka č. 4: Proces léčby z perspektivy rodiny

	Délka úseku z perspektivy rodiny	Vnímání úseku z perspektivy rodiny	Prožívání a postoje rodiny
1. úsek	2 měsíce	Úleva	Úleva, radost, naděje
2. úsek	3 měsíce	Intenzivní změny	Naděje, nejistota, očekávání
3. úsek	3 měsíce	Obavy a strach	Obavy, naděje, očekávání

15.3 Prolínání pohledů na proces léčby

Tabulka č. 5: Prolínání časového vnímání procesu léčby očima klientů a jejich rodinných příslušníků

Měsíc	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
	0. fáze	1. fáze		2. fáze		3. fáze		4. fáze
Fáze očima klientů	Strach	Úzkost	Úzkost	Změny	Změny	Náhled	Náhled	Strach
	1. úsek		2. úsek			3. úsek		
Úseky očima rodinných příslušníků	Úleva	Úleva	Změny	Změny	Změny	Strach	Strach	Strach

Z výše uvedeného zjednodušeného schématu je patrné, že na počátku léčby je prožívání klientů a jejich blízkých kvalitativně odlišné. Zatímco klient vykazuje po-

city strachu a úzkosti první tři měsíce, rodinní příslušníci vykazují naopak první dva měsíce úlevu a radost. První a druhá fáze u klientů se prolíná s druhým úsekem u rodinných příslušníků, a to v oblasti aktivního řešení problémů a intenzivních změn. Klienti jsou schopni sebereflexe, rodina si uvědomuje, že proces léčby nebude snadný a je nastavena k možným změnám. Ve třetí fázi dochází u klientů k jistému náhledu a bilancování léčby. Toto období se prolíná zčásti se třetím úsekem rodinných příslušníků, kteří již vykazují obavy. V poslední fázi klienti uvádějí nervozitu a strach, a zde se setkají se svými rodinnými příslušníky, kteří v závěru třetího úseku rovněž vykazují strach z budoucnosti.

16. Shrnutí

Výsledky výzkumu zaměřeného na prožitky signifikantních osob klientů terapeutické komunity během procesu léčby závislosti ukazují na skutečnosti, že po nástupu klienta do léčby a na jejím začátku převládají úleva, radost a naděje. Rodinní příslušníci byli příliš dlouho lapeni v odvíjející se tragedii, jejíž peripetie zcela pohlcovaly jejich pozornost. Problémy s drogami jsou velmi podobné v každé rodině, a proto i podobně rodinní příslušníci uvádějí vyčerpání z událostí předcházejících nástupu závislého jedince do léčby.

V průběhu léčby potom úleva a radost ustupují a střídá je nejistota a očekávání. Pozitivní je, že zůstává naděje. Vyploouvají otázky, na které se všichni zúčastnění snaží hledat odpovědi, a to prakticky až do konce léčby. V této fázi se ukazuje jako významné, aby se pracovníci terapeutické komunity snažili motivovat blízké osoby klientů k zapojení do léčebného programu a poskytnout jim potřebné relevantní informace.

V závěru léčby dochází k zesilování pocitů obav a strachu, ovšem i naděje má stále významné zastoupení, což naznačuje, že rodina přes všechny těžkosti vidí šanci. Toto vyžaduje jistou dávku houževnatosti a víry i přes všechny vnímané problémy.

17. Diskuze

Zapojení blízkých osob uživatelů drog do procesu jejich léčby vychází z poznatků podložených výzkumy, které dokládají pozitivní přínos pro obě cílové skupiny (závislé jedince i jejich blízké osoby). Práce se signifikantními osobami klientů terapeutické komunity v procesu léčby velmi pravděpodobně zvyšuje informovanost o závislostním chování, o léčebném programu a dalších možnostech následné podpory, napomáhá zkvalitnit vztahy mezi rodinnými příslušníky a naladit se vzájemně na podobné cíle. Podmínkou úspěchu je chtít jednu věc, to předpokládá umět se rozhodnout, umět si vytknout jeden cíl a všechnu energii namířit ve směru zvoleného cíle, protože kde se energie rozcházejí, dochází k jejich oslabení ve všech směrech, a tudíž se o cíl usiluje se sníženou odhodlaností (Fromm, 1994).

Práce s rodinou má významný dopad na přístup klientů k programu léčby na jedné straně, a kvalitu života jejich blízkých osob na straně druhé. Realizovat ucelený program práce s rodinou v procesu léčby závislosti v podmínkách terapeutické komunity není snadný úkol, ale jedná se o takovou intervenci, z níž mohou profitovat jak klienti, tak jejich blízké osoby.

Rozpoznání úlohy, kterou rodinná dysfunkce sehrává při určování trajektorie drogové kariéry, nabízí příležitost pracovat se vztahovou dynamikou a rodinnými problémy, spíše než proti nim. Stigma spojované s přítomností závislého uživatele drog v rodině a představa, že by tento problém měl být řešen pouze uvnitř rodiny, obvykle přeroste v izolaci a stres. Je-li kontakt navázán včas, rodiny mohou lépe pochopit, jak drogová kariéra obvykle progreduje a jaké důsledky pro rodinu může mít. V tomto ohledu je obzvláště důležité čerpat ze zkušeností jiných rodin, a tak např. částečně předejít některým problémům a třeba naznačit, kudy by mohla vést cesta vpřed.

Je potřeba mít reálný náhled a brát v úvahu výsledky výzkumů, které ukazují, že poměrně malá část uživatelů drog je schopna dosáhnout kýžené změny po první léčbě, někteří musí projít opakovanými pokusy, jiní dosáhnou změn pouze částečně a jiní vůbec. Dodnes je možné setkat se s názory, že závislost na užívání psychotropních látek je chronická a nevyléčitelná nemoc. Jedním ze škodlivých

důsledků této teorie jsou objevující se pochybnosti o tom, zdali léčba závislosti vůbec funguje a zda má tedy smysl do ní investovat finanční i jiné prostředky. Díky úsilí jedinců, kteří se dlouhodobě zabývají hodnocením úspěšnosti léčby závislosti, lze na tyto otázky odpovědět.

Přes diskutované limity má léčba pro uživatele návykových látek, jejich rodiny a společnost nesporné výhody. Snižuje rozsah užívání drog těmi, kteří prošli léčbou o 40 – 60 % a tím mimo jiné i riziko, že budou drogy nabízet jiným lidem, drogovou trestnou činnost o 40 a více % a tím i náklady, které byla společnost nucena nést, nemocnost i riziko šíření nemocí uživateli návykových látek v populaci a tím i poptávku po další lékařské i sociální péči. Zlepšuje celkové fyzické i duševní zdraví uživatelů drog po absolvované léčbě, čímž přispívá k aktivnímu zapojení do života společnosti, rodinné i sociální fungování, čímž mírní starosti a problémy jejich rodinných příslušníků (Radimecký, 2008).

Jak již bylo zmíněno, jedním z pilířů pomoci a podpory rodinných příslušníků a blízkých osob závislého jedince je informovanost. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti proto spravuje mapu pomoci a podpory, kde si lze vyhledat kontakty na zařízení poskytující léčbu, poradenství a prevenci. Kontakty jsou členěny podle jednotlivých krajů a druhů poskytovaných služeb (<http://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>).

Výzkumy zaměřené na zkušenosti rodin s problémovým užíváním drog a zabývající se otázkou „*Jaké je to být rodičem, sourozencem, partnerem jedince, u kterého se postupně rozvine závislostní užívání návykových látek?*“ by měly být systematicky a kontinuálně realizovány, aby tato oblast nebyla opomíjena z hlediska politiky pomoci a podpory této cílové skupiny. Omezením tohoto konkrétního výzkumu je malý výzkumný soubor a také skutečnost, že byl proveden pouze v jedné terapeutické komunitě. Stojí za to zamyslet se také nad tím, s jakou mírou upřímnosti přistupovali respondenti k výzkumu, což nelze objektivně zhodnotit. Další možná omezení vyplývají ze subjektivní analýzy získaných dat, a vzniklého prostoru pro zkreslení interpretací.

18. Závěr

Nesmyslnost je symptomem psychologického strádání. Ztráta smyslu je jednou z hlavních potíží spojených s nedostatkem pohlazení, s pocitem prázdnoty, že život za nic nestojí, že člověka nikdo nemiluje, s chronickou nudou apod. Opustit zaběhnutý řád a najít více životního smyslu vyžaduje restrukturalizaci života, který bude naplněn činnostmi uspokojujícími lidské potřeby (Prochaska, Norcross, 1999).

V diplomové práci se zabývám pocity a prožitky signifikantních osob klientů terapeutické komunity v procesu léčby závislosti. Vnímám jako velmi podstatné s touto cílovou skupinou pracovat, neboť je ohrožena závislostním chováním jedince, který odčerpává mnoho cenných zdrojů rodiny. Problémové užívání drog je spojováno se značnou nepředvídatelností, což je dáno jednak jeho nezákonností a jednak tím, že se jedná o chronický stav provázený relapsy, což ukazuje na charakteristický vzorec horské dráhy.

Cílem výzkumných rozhovorů s rodinnými příslušníky byla snaha uchopit vnímání a prožitky těch, jejichž život doprovází snaha vypořádat se s drogami, a pokusit se je formulovat. Jelikož léčba závislosti v terapeutické komunitě je proces, jehož standardní délka je šest až osm měsíců, tedy se nepochybně jeho vnímání a prožívání blízkými osobami klientů kvalitativně proměňuje v čase. Proces léčby byl proto rozdělen do úseků počátku, průběhu a závěru, a v těchto etapách byla metodou semistrukturovaných rozhovorů sbírána data, která byla následně analyzována a interpretována. Tato cesta vedla k uváděným výsledkům, ty poskytly rámec pro identifikaci prožitků, což vytvořilo podklad pro charakteristiku jednotlivých úseků léčby s uvedením přibližné délky jejich trvání (s ohledem na standardní délku léčebného programu).

Teoretický rámec práce tvoří vymezení pojmů vztahujících se k výzkumu, což je zejména pojem závislosti a její možné příčiny, dále možnosti léčby se zaměřením na terapeutickou komunitu. Významnou kapitolu tvoří také rodina a práce s ní a vymezení pojmů vnímání a prožívání.

Samotné výzkumné šetření se odkazuje na konkrétní terapeutickou komunitu, v níž bylo realizováno, předkládá použitou metodologii, výsledky výzkumu, diskuzi a závěr.

Průběh výzkumu ukázal, že použití semistrukturovaných rozhovorů bylo vhodnou metodou, a to jak pro respondenty, kteří mohli reflektovat aktuální stav a zároveň rekapitulovat minulost, tak pro výzkumníka, jelikož bylo dosaženo mnoho cenných informací a zkušeností. Provedení výzkumu ve více terapeutických komunitách a s objemnějším výzkumným souborem by mohlo přinést významné poznatky pro zkvalitnění práce s blízkými osobami klientů, neboť je potřeba neustále reflektovat, jak oni proces prožívají, a cestou komunikace a citlivým vnímáním jejich potřeb napomoci zvládnutí nelehké situace. Tato práce je pouze jedním z mnoha pohledů, jak lze proces léčby závislého jedince nahlížet očima jeho blízkých. Může být impulsem k zamyšlení nad promarněnými příležitostmi pramenícími z neznalosti širokého spektra vlivu drog na všechny členy rodiny a může inspirovat k efektivnějšímu využití potencialit rodinné dynamiky, k preventivním intervencím a k brzkému zacílení na individuální aspekty potřeb jednotlivých členů rodiny.

S jistým zjednodušením můžeme odpovědět, že člověk žije z toho, co mu poskytuje svět, z potřeb a z jejich uspokojování, žije ze vztahů s druhými, z podnětů, které ho mohou zaujmout a konečně ze štěstí, jež mu může za určitých okolností svitnout. Každá úvaha o „*dobrém životě*“ vychází z toho, že všichni lidé touží po štěstí, a cesta k němu rozhodně není jednoduchá a přímočará. Pouhé odstraňování nesnází a nedostatků, nebo uspokojení všech potřeb, může vést nanejvýš ke spokojenosti, nikdy ne ke štěstí, jež zůstává „odměnou těch, kdo je nehledali“ (Sokol, 2002).

Resumé

Tato práce diskutuje teoretická východiska a výzkumem podložené odpovědi na některé otázky související s prožitky signifikantních osob klientů terapeutické komunity v procesu léčby závislosti. Výzkumné šetření bylo realizováno v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. použitím kvalitativního přístupu. Výsledky ukazují, že je podstatné práci s rodinami diferencovat s ohledem na to, v jaké fázi léčebného programu se nacházejí. Významné je rovněž získávat průběžně zpětnou vazbu, jež umožní reagovat na skutečné aktuální potřeby rodiny.

Provedení výzkumu s rozsáhlejším výzkumným souborem ve více terapeutických komunitách by mohlo přinést cenné poznatky pro práci s rodinami potýkajícími se s problematikou drogové závislosti.

Resume

This work discusses the theoretical background and research based answers to certain questions related to the experiences of close persons of clients within the therapeutic community in the process of the addiction treatment. This research was realized in the Therapeutic Community WHITE LIGHT I. using a qualitative approach. The results show that it is essentials to work with families differentiates with respect to what stage of the treatment program are located. Significantly also receive continuously feedback to responding to actual current needs of the families. Realization of research with extensive research group of more therapeutic communities could bring valuable knowledge for working with families faced with the problems of drug addiction.

Literatura

- Adler, A. (1999). *Porozumění životu*. Vyd. 1. Praha: AURORA. ISBN 80-85974-76-2.
- Barnardová, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-386-8.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-670-4.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-958805-3.
- De Leon, G., Melnick, G. (1993). *Skupinový proces v terapeutické komunitě*. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a TK Magdaléna Mníšek pod Brdy. ISBN 978-80-7106-937-9.
- Doležalová, P. (2006). Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie* (6)1,13-25.
- Dvořáček, J. (2008). *Neurobiologie závislosti*. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1411-0
- Fišerová, M. (2003). *Neurobiologie závislosti*. In Kalina, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.
- Fromm, E. (1994). *Umění být*. Praha: Naše vojsko. ISBN 80-206-0225-9
- Frouzová, M., Kalina, K. (2008). *Rodinná terapie a práce s rodinou*. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1411-0
- Gavora, P. (1996). *Výzkumné metody v pedagogice. Příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-15-X.

Goldstein, E. B. (1981). *The ecology of J. J. Gibson's perception*. Leonardo, Vol. 14, No. 3. P. 191 – 195. [online]. <http://classes.matthewjbrown.net/teaching-files/ccc/goldstein-gibson.pdf>

Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0135-9.

Hajný, M. (2003). *Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In Kalina, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.

Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

Helus, Z. (2009). *Dítě v osobnostním pojetí: obrát k dítěti jako výzva a úkol*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-628-5.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

Chvála, V., Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jing-jangu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-391-8.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2449-2.

Kalina K. a kolektiv. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1411-0.

Knobloch, F., Knoblochová, J. (1999). *Integrovaná psychoterapie v praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-679-X.

Kooyman, M. (2004). *Cíle léčby, nástroje a techniky*. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s. ISBN 80-7106-876-4

Kopřiva, K. (2013). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0528-9.

Králíčková, T. (2003). *Vyjádřit se. Konfrontace. Časopis pro psychoterapii*. Ročník 14, č. 1., s. 49-50. ISSN 0862-8971.

Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-179-7.

Kudrle, S. (2003). *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In Kalina, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.

Kudrle, S. (2003). *Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci*. In Kalina, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.

Kudrle, S. (2008). *Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci*. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1411-0

Langmeier, J., Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1983-5.

Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-195-X.

Loucká, P., Trapková, L., Chvála, V. (2014). *Žena a muž v rodině*. Praha: Vyšehrad, spol. s r. o. ISBN 978-80-7429-479-2.

Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. ISBN 0-7619-2608-9.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (1992). Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-37-9.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování.* Tišnov: Sdružení SCAN. ISBN 80-86620-09-03.

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1362-4.

Miovský, M., Čermák, I., Chrz, V. (2010). *Umění ve vědě a věda v umění: Metodologické imaginace.* Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978- 80-247-1707-4.

Mravčík, V. et al. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011.* Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-067-4.

Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie.* Praha: Academia. ISBN 80-200-0625-7.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. *Drogy-info. Mapa pomoci.* [online]. <http://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>

Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost.* Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

Nešpor, K., Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi.* 1. Vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.

Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie.* Vyd. 1. Praha: Academia. ISBN 80-200-1086-6.

Presl, J. (1995). *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-25-Y

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982). *Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Volume 19, 276-288. [online]

<http://www.hbftpartnership.com/documents/uploadResources/TranstheoreticalT-Prochaska1982.pdf>

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada. ISBN 80-7167-766-4.

Radimecký, J. (2003). *Přehled drogové situace v České republice v roce 2001*. In Kalina, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.

Radimecký, J. (2008). *Zapojování blízkých osob do léčby uživatelů drog v podmínkách terapeutické komunity* [online]. Vedoucí práce Eva Šotolová.

Richterová Těmínová, M., Kalina, K., Adameček, D. (2008). *Terapeutická komunita a její aplikace*. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1411-0

Rotgers, F. A kol. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-836-9.

Říčan, P. (1990). *Cesta životem*. Praha: Panorama, nakladatelství a vydavatelství. ISBN 80-7038-078-0.

Satir, V. (2007). *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-303-1.

Satirová, V. (2006). *Kniha o rodině*. Praha: Práh. ISBN 80-7252-150-0.

Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367250-8.

Sokol, J. (2002). *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-627-6.

Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., Degkwitz, P., Reimer, J., Haasen, CH. (2010). *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky

Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

Šefránek, M. (2014). *Evaluaace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-103-9.

Šiffelová, D. (2003). *Cesta prožívání (Co jsem se naučila o terapii)*. Konfrontace. Časopis pro psychoterapii. Ročník 14, č. 2., s. 74-77. ISSN 0862-8971.

Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-856-2.

Trapková, L., Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-889-9.

Vacek, J. (2011). *Behaviorální závislosti*. [online].
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3061/Behavioralni-zavislosti>

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

Valenta, M. a kol. (2014). *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.

Vymětal, J. et al. (1997). *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek. ISBN 80-86123-02-2.

Wirtz, U. (2005). *Vražda duše: Incest a jeho terapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-975-5.

WHITE LIGHT I. Operační manuál 2014 - interní materiál.

Yalom, D. I., Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-304-8.

Zábranský, T., Miovský, M. (2008). Výzkum v adiktologii. In Kalina K. a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1411-0.

Zim, M. (2015). *Proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. z perspektivy klientů* [online]. Vedoucí práce Josef Radimecký.

Dotazník

Váš rodinný příslušník či blízká osoba je klientem/klientkou TK WHITE LIGHT I. Označte prosím.

- 1) syn / 2) dcera
- 3) partner / 4) partnerka
- 5) bratr / 6) sestra
- 7) jiný blízký/á, kdo?

Jak dlouho je Vaše blízká osoba klientem TK ?

Označte prosím, jaké pocity Vám byly vlastní a jaké otázky Vás napadaly v různých obdobích léčby Vaší blízké osoby v TK. Napište prosím i jakékoli jiné, které nejsou níže uvedeny.

Na začátku léčby:

- 1) Úleva
- 2) Radost, že nastoupil/a do léčby
- 3) Naděje
- 4) Obavy
- 5) Strach
- 6) Očekávání
- 7) Úzkost
- 8) Vztek
- 9) Nejistota
- 10) Zmatek
- 11) Co bude dál, až odejde z TK?
- 12) Mohu já něco změnit?
- 13) Mě se to netýká, je to jeho/její problém
- 14) Dělam já něco špatně?
- 15) Jak konkrétně mohu já pomoci?

V průběhu léčby:

- 1) Úleva
- 2) Radost, že nastoupil/a do léčby
- 3) Naděje
- 4) Obavy
- 5) Strach
- 6) Očekávání
- 7) Úzkost
- 8) Vztek
- 9) Nejistota
- 10) Zmatek
- 11) Co bude dál, až odejde z TK?
- 12) Mohu já něco změnit?
- 13) Mě se to netýká, je to jeho/její problém.
- 14) Dělán já něco špatně?
- 15) Jak konkrétně mohu pomoci?

Na konci léčby:

- 1) Úleva
- 2) Radost, že nastoupil/a do léčby
- 3) Naděje
- 4) Obavy
- 5) Strach
- 6) Očekávání
- 7) Úzkost
- 8) Vztek
- 9) Nejistota
- 10) Zmatek
- 11) Co bude dál, až odejde z TK?
- 12) Mohu já něco změnit?
- 13) Mě se to netýká, je to jeho/její problém.
- 14) Dělán já něco špatně?
- 15) Jak konkrétně mohu pomoci?

**Zde uvítám jakékoli informace týkající se léčby Vaší blízké osoby
v TK WHITE LIGHT I.**

Velice Vám děkuji za spolupráci ☺